

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1908-1909. — N° 27

LA COCAÏNOMANIE

Étude clinique, médico-légale et thérapeutique

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Et soutenue publiquement le 2 Décembre 1908

PAR

EUGÈNE AVRIL

Élève à l'École du Service de santé militaire

Né le 25 février 1884 à Saint-Jean-Soleymieux (Loire)



VILLEURBANNE

IMPRIMERIE P. COLOMBIER

8, Rue des Maisons-Neuves, 8

—
1908

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1908-1909. — N° 27

LA COCAÏNOMANIE

Étude clinique, médico-légale et thérapeutique

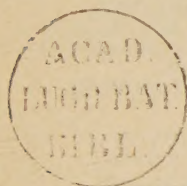
THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Et soutenue publiquement le 2 Décembre 1908



PAR

EUGÈNE AVRIL

Élève à l'École du Service de santé militaire

Né le 25 février 1884 à Saint-Jean-Soleymieux (Loire)



VILLEURBANNE

IMPRIMERIE P. COLOMBIER

8, Rue des Maisons-Neuves, 8

1908

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ.	DOYEN.
J. COURMONT.	ASSESEUR.
LORTET.	DOYEN HONORAIRE.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVEAU, AUGAGNEUR, MONOYER, BONDET, MAYET, SOULIER, TRIPIER

PROFESSEURS

Cliniques médicales.	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales.	TEISSIER.
Clinique obstétricale et Accouchements.	BARD.
Clinique ophtalmologique.	PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	JABOULAY.
Clinique des maladies mentales.	FABRE.
Clinique des maladies des enfants.	ROLLET.
Clinique des maladies des femmes.	NICOLAS.
Physique médicale.	PIERRET.
Chimie médicale et pharmaceutique.	WEILL.
Chimie organique et Toxicologie.	POLLOSSON A.)
Matière médicale et Botanique.	X.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.	HUGOUNENQ.
Anatomie.	CAZENEUVE.
Anatomie générale et Histologie.	BEAUVISAGE.
Physiologie.	GUIART.
Pathologie interne.	TESTUT.
Pathologie et Thérapeutique générales.	RENAUT.
Anatomie pathologique.	MORAT.
Médecine opératoire.	ROQUE.
Médecine expérimentale et comparée.	COLLET.
Médecine légale.	PAVIOT.
Hygiène.	POLLOSSON (M.)
Thérapeutique.	ARLOING.
Pharmacologie.	LACASSAGNE.
	COURMONT (J.).
	PIC.
	FLORENCE.

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaire.	DOYON.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx.	LANNOIS.
Pathologie externe.	VALLAS.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Maladies des voies urinaires.	MM. ROCHET,	agrégé
Propédeutique chirurgicale.	BERARD,	—
Propédeutique de gynécologie.	CONDAMIN.	—
Chirurgie infantile.	NOVÉ-JOSSERAND.	—
Hygiène administrative.	LESIEUR,	—
Accouchements.	COMMANDEUR,	—
Matière médicale.	MOREAU,	—
Embryologie.	REGAUD,	—
Anatomie topographique.	PATEL,	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BARRAL.	REGAUD.	J. LEPINE.	VORON.
SAMBUC.	COMMANDEUR.	LESIEUR.	NOGIER.
COURMONT (P.).	GAYET.	MARTIN (Et.).	MOUNEYRAT.
CHATIN.	MOREL.	CAVAILLON	LATARJET Ch...
VILLARD.	NEVEU-LEMAIRE	LAROYENNE	BERIEL Ch...
TIXIER	PATEL.		

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. LACASSAGNE, Président ; M. LANNOIS, Assesseur ;
MM. SAMBUC et Et. MARTIN, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation

A MES PARENTS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur LACASSAGNE

PROFESSEUR DE MÉDECINE LÉGALE A L'UNIVERSITÉ DE LYON
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A Monsieur le Professeur Agrégé
Étienne MARTIN

CHEF DES TRAVAUX DE MÉDECINE LÉGALE

INTRODUCTION

Les « poisons de l'intelligence » offrent à l'homme qui veut oublier la vie et ses misères des ressources presque inépuisables. Le choix de ces poisons dépend des temps, des lieux, des races et de la mode ; leur action varie selon leur nature, leurs doses et le tempérament de ceux qui en usent.

Il en est qui noient le chagrin dans les flots d'une abrutissante ivresse ; d'autres l'engourdissent en créant une sorte d'anesthésie morale ; quelques-uns font voir la vie en rose ; certains, enfin, divertissent l'âme en la jetant dans un monde d'illusions et de chimères. Mais l'esclave moderne qui oublie sa misère en roulant sous la table d'une taverne, le viveur qui contemple le monde à travers le prisme doré d'une coupe de champagne, le Chinois dont la pensée flotte sur le nuage bleu de la fumée d'opium, le Turc sensuel dont « une cuillerée de madjoun, peuple les rêves de blanches houris », la petite maîtresse, à qui la seringue de Pravaz fait oublier l'infir-

dèle, poursuivent, par des voies différentes, le même but : l'oubli des douleurs passées et présentes, la substitution du sommeil ou du rêve aux plates et tristes réalités de la vie.

De ces poisons, la cocaïne est le dernier venu, et aussi le plus dangereux. Mais ce n'est pas le plus répandu, car la cocaïne est d'un prix très élevé ; les médecins et les pharmaciens lui payent le plus lourd tribut.

Laissant de côté le cocaïnisme aigu, thérapeutique ou toxique, nous ne nous occuperons ici que du cocaïnisme chronique et nous écrirons l'histoire de ces individus, pour qui, l'usage de la cocaïne, après avoir été d'abord le soulagement d'une douleur ou la satisfaction d'un caprice, devient une habitude, puis un besoin, puis une nécessité tyrannique et qui sont les véritables cocaïnomanes.

Avant d'aborder notre sujet, nous nous faisons un devoir d'apporter ici l'expression sincère de notre reconnaissance à tous ceux qui nous ont aidé de leur savoir et de leur expérience.

M. le professeur Lacassagne nous a inspiré le sujet de cette thèse et nous a constamment aidé de ses conseils et de sa haute compétence scientifique. Nous le prions de vouloir bien agréer nos remerciements et notre très vive reconnaissance pour son enseignement plein d'attrait, la bienveillance qu'il n'a cessé de nous témoigner, et le grand honneur qu'il nous fait de présider notre thèse.

Nous tenons à exprimer tout particulièrement

notre gratitude à M. le professeur agrégé Etienne Martin, qui fut pour nous un guide précieux dans l'étude de notre sujet ; nous ne saurions oublier l'aimable accueil qu'il nous a toujours réservé.

Toute notre reconnaissance aussi est acquise à M. le professeur Lannois, dont nous ne saurions oublier la bienveillance et l'amabilité.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

CHAPITRE PREMIER

Action physiologique de la cocaïne

La cocaïne est un alcaloïde retiré de la coca, qui constitue un arbrisseau et souvent même un arbuste qui pousse dans les Andes, la Bolivie, le Brésil, l'Amérique du Sud et dans les Indes anglaises. Il y a un certain nombre de variétés de coca qui sont plus ou moins riches en cocaïne. Les feuilles les plus riches sont celles de la coca à grandes feuilles, *Erythroxylon Coca*, du Pérou et de la Bolivie. Les Indiens aiment à les mâcher mêlées à des cendres de coquillages. Ils peuvent, grâce à cette pratique, tromper les sensations de la faim et fournir une forte somme de travail. Aussi, peut-être, est-ce parmi eux que nous trouverions les exemples les plus intéressants des troubles qu'occasionne l'abus de la cocaïne.

Cette substance a été bien étudiée au point de vue expérimental : les expériences de Laborde et Laffont.

de Fr. Franck, de Mosso, etc., ont démontré l'action de la cocaïne sur les diverses fonctions de l'organisme ; du système nerveux en particulier.

Ce sont ces diverses actions physiologiques que nous croyons utile de rappeler brièvement, pour mieux comprendre les dégâts que cet alcaloïde peut produire et les symptômes qui trahiront cette intoxication.

A. Action physiologique générale. — Nous voulons parler, par là, de l'action exercée par cette substance lorsqu'elle est diffusée dans l'organisme par la voie circulatoire. Et, d'abord, la stimulation et même l'excitation sont extrêmement accentuées lorsque la cocaïne vient à être introduite surtout à doses moyennes dans la circulation générale. Cette période d'excitation passée, la cocaïne suspend l'activité de tous les éléments vivants au contact desquels on la met à dose suffisante : « C'est un véritable poison protoplasmique : toutes les variétés de protoplasma sont touchées par la cocaïne, à la condition que cette cocaïne agisse sur ce protoplasma, quel qu'il soit, à une dose et à un degré de dilution suffisants. On peut dire que c'est un poison paralysant banal, aussi bien des terminaisons nerveuses motrices, que des terminaisons nerveuses sensitives, aussi bien des nerfs périphériques de toute catégorie que des centres nerveux, aussi bien des éléments musculaires que des éléments glandulaires, aussi bien des cellules épithéliales vibratiles que des leucocytes ; en un mot, la cocaïne est un poison de toutes les cellules, de tous

les microbes, de tout ce que vous pouvez imaginer de vivant » (Pouchet).

L'universalité d'action de cette substance toxique et le caractère tout à fait temporaire de cette action rapprochent la cocaïne aussi exactement qu'il est possible des anesthésiques généraux. Comme le dit M. Dastre, c'est un « anesthésique à action extrêmement dilatée », toutes restrictions faites, bien entendu, relativement aux questions de dose et de dilution qui sont extrêmement importantes. Voici une expérience de Pouchet qui démontre d'une façon absolument certaine l'importance du degré de dilution. « Voici deux cobayes qui pèsent absolument le même poids, qui viennent de la même niche, qui ont suivi le même régime, qui sont aussi exactement qu'il est possible dans les mêmes conditions : à l'un d'eux nous faisons une injection intra-péritonéale de 4 centigrammes de chlorhydrate de cocaïne, dissous dans un centimètre cube d'eau ; au second nous allons faire une injection de 10 centigrammes de chlorhydrate de cocaïne, disons dans 15 centimètres cubes d'eau distillée ; le cobaye qui a reçu la plus faible dose en solution concentrée mourra à bref délai ; celui qui a reçu la plus forte dose en solution diluée manifestera les accidents du cocaïnisme mais résistera à l'intoxication d'une façon absolument certaine. »

L'effet des doses faibles de cocaïne est toujours excitant ; celui des doses fortes, au contraire, toujours paralysant.

Théoriquement, par conséquent, la cocaïne est un anesthésique général ; si elle ne l'est pas pratique-

ment, c'est parce qu'elle est impossible à utiliser dans ce but à cause de la nécessité absolue qui s'impose alors d'arriver à une dose toxique pour obtenir l'effet anesthésique général.

En résumé, trois effets bien frappants sont déterminés par l'absorption générale de la cocaïne

- 1^o Agitation ;
- 2^o Analgésie plus ou moins complète ;
- 3^o En même temps que vaso-constriction.

B. *Action sur la circulation.* — Accélération, irrégularités, intermittences, tels sont les phénomènes que l'on observe. Ce sont ces mêmes phénomènes que l'on retrouve dans la symptomatologie de l'intoxication aiguë ; et chez les malades qui nous occupent, nous aurons l'occasion de signaler ces mêmes troubles cardiaques.

Les petites doses déterminent une augmentation d'amplitude, surtout chez les animaux à sang froid. A ce point de vue, la cocaïne se conduit comme un tonique du cœur. Elle augmente la pression par vaso-constriction généralisée, précédée comme l'a montré Vulpian, d'une période passagère d'abaissement, période très remarquable surtout avec des doses faibles et qui coïncide également avec un ralentissement passager.

Sur le sang, la cocaïne produit une augmentation de la teneur en oxygène du sang artériel, tandis que la teneur en oxygène du sang veineux est diminuée ; en d'autres termes l'écart normal en oxygène entre le sang artériel et le sang veineux est augmenté.

C. *Action sur le système musculaire.* — Cette action consiste comme toujours, lorsqu'il s'agit de la cocaïne, en une excitation aux doses faibles, et en une paralysie aux doses plus élevées. Cette excitation du système musculaire se traduit lorsque la cocaïne est ingérée par une augmentation des mouvements péristaltiques de l'estomac et de l'intestin.

Chez l'homme on peut constater qu'une dose de cocaïne de un décigramme administrée par la voie buccale détermine une augmentation d'énergie musculaire qui se traduit très facilement par l'enregistrement du travail des fléchisseurs d'un doigt, au moyen de l'ergographe de Mosso.

Cet effet renforçant sur les muscles apparaît bien plus nettement sur les muscles fatigués ou après une période de jeûne. Ce sont des observations de ce genre qui avaient amené à utiliser la cocaïne comme stimulant général du système nerveux.

Enfin un symptôme qu'on observe presque toujours quand l'action de la cocaïne a été suffisamment intense consiste dans une certaine maladresse musculaire par persistance de l'obtusion de la sensibilité tactile, lorsque les muscles ont été influencés pendant un temps assez considérable.

D. *Action sur la respiration.* — A doses très faibles, la cocaïne doit être considérée comme un véritable stimulant respiratoire. L'accélération coïncide et c'est tout naturel avec l'accélération cardiaque mais cette accélération est accompagnée d'une di-

minution notable de l'amplitude des mouvements respiratoires.

A fortes doses, l'arrêt de la respiration se produit sous l'influence de la cocaïne par une tétanisation des muscles respiratoires et elle se réalise avant l'arrêt du cœur, par suite de l'immobilisation tétanique du diaphragme.

E. *Action sur le système nerveux.* — Les expériences d'Aducco, physiologiste italien, et de Fr. Franck, sont très intéressantes sur ce point. Elles démontrent que l'action physiologique de la cocaïne se rapproche par énormément de points de celle de la morphine. Et ceci nous explique que, dans l'intoxication chronique par la cocaïne, le tableau se rapproche dans une étroite mesure de celui de l'intoxication par la morphine. Morphinomanie et cocaïnomanie sont deux affections dont on pourrait emprunter à l'une ou à l'autre des traits communs servant absolument à dépeindre dans leurs grandes lignes chacune des deux.

Les manifestations de la cocaïne sur les centres nerveux consistent surtout en une excitation de l'axe encéphalo-médullaire à laquelle fait suite, plus ou moins rapidement, une dépression accentuée. Les premières manifestations se produisent sur les hémisphères cérébraux et elles se traduisent par des phénomènes qui vont précisément rappeler absolument les premiers phénomènes de l'intoxication morphinique : c'est de l'ivresse, un état de subdélirium, des accès de fureur ou d'attendrissement; de

la loquacité, de l'exhilaration, des troubles intellectuels. Toutefois l'exhilaration cocaïnique diffère de l'exhilaration morphinique, en ce qu'elle est plus bruyante, plus expansive, plus facilement et plus largement accompagnée de manifestations extérieures, véhémentes.

Puis, sous l'influence de l'impression des différents centres par la cocaïne, surviennent de l'exaltation motrice d'abord, enfin des troubles respiratoires, des troubles cardiaques qui rentrent, ceux-là, dans la description des phénomènes relatifs à l'action de la cocaïne sur la circulation et sur la respiration.

Appliquée localement sur le tissu nerveux, la cocaïne produit une action suspensive : toutes les propriétés fonctionnelles de ce tissu sont aussi bien paralysées sous l'influence de la cocaïne, sensibles, vaso-motrices, sécrétoires, etc., ou plutôt il y a une question de temps à faire intervenir : c'est la sensibilité qui, la première, éprouve l'influence de la cocaïne. Cette influence exercée par la cocaïne sur la sensibilité est suivie, à très bref délai, d'une influence du même genre, exercée soit sur la motilité, soit sur les autres propriétés fonctionnelles du tissu nerveux. De plus cette action suspensive est absolument locale et, une fois que le contact de la cocaïne est supprimé, le tissu revient complètement à l'état normal.

F. — *Action sur la nutrition.* — A ce point de vue, la cocaïne fait partie des substances appelées improprement « médicaments d'épargne » : elle en

est même le type. Mais, pas plus la caféine que la cocaïne ne sont des aliments d'épargne et, non seulement la cocaïne n'épargne rien, mais, au contraire, elle brûle ; voilà ce qu'il est exact de dire.

« Sous l'influence de la cocaïne, on voit, en effet, et à un degré beaucoup plus considérable encore que sous l'influence des caféiques, une excitation générale des échanges de l'organisme, une augmentation très notable de tous les matériaux de déchets, augmentation de l'azote total, augmentation des chlorures, augmentation de l'acide sulfurique, de l'acide phosphorique ; enfin une utilisation intense des réserves ».

CHAPITRE II

Modes d'entrée dans la cocaïnomanie

C'est précisément grâce à cette utilisation possible des réserves que la cocaïne, comme les caféiques, est capable de donner à l'organisme ce coup de fouet qui fait que, lorsqu'une solution diluée ou une quantité faible de cocaïne vient à être introduite dans l'organisme d'un individu fatigué, il éprouve cette sensation de « défatigue » que produit aussi l'action des caféiques. Mais cette action est essentiellement transitoire ; si l'on veut la faire persister, il faut avoir recours à une nouvelle ingestion de cocaïne comme à une nouvelle ingestion de caféine, et cela conduit fatalement à une usure exagérée de l'organisme. C'est précisément par des phénomènes de ce genre que se traduit l'abus de la cocaïne, abus qui peut entraîner, comme nous le verrons, des accidents graves, dont l'ensemble constitue le cocaïnisme chronique. C'est, en réalité,

la ruine physiologique de l'organisme, à laquelle on peut assister, par l'exagération des combustions organiques, ruine qui est encore plus intense que celle à laquelle entraîne l'emploi abusif des caféiques.

Outre cette sensation de « défatigue », l'introduction dans l'économie de doses, même relativement faibles, de chlorhydrate de cocaïne, détermine une excitation intellectuelle propre, non seulement à trouver des idées, mais encore à les associer et à les traduire sous une forme claire et correcte par la parole et la plume et, chez beaucoup d'individus, des impressions nouvelles et une sorte d'ivresse plus ou moins analogue à celle que détermine l'alcool et mieux encore l'opium ou le haschish. Ces beaux résultats sont malheureusement bien infidèles et se paient bien cher : la dose est-elle dépassée, à l'excitation utilisable succède une lourde somnolence et l'usage de la cocaïne se prolonge-t-il, à la plus grande aptitude au travail qu'il avait d'abord promise, font suite une torpeur de l'imagination et une paresse de la volonté qui entraîne au cocaïnisme chronique. Pas plus que l'appétit, l'intelligence ne doit être ouverte avec une fausse clef, et le meilleur apéritif est encore pour elle, comme pour l'estomac, l'exercice.

L'accoutumance à la cocaïne est extrêmement rapide, plus rapide encore qu'à la morphine, et l'on a vu des individus arriver à une absorption journalière de 50 et même 70 centigrammes de chlorhydrate de cocaïne par la voie buccale, au bout de fort peu de temps, de quelques jours seulement.

« Pour certaines gens, dit le Dr Schaw, de Saint-

Louis, rien n'est plus attrayant que l'usage habituel de la cocaïne. Elle dissipe le sentiment de fatigue et de lassitude corporelles ou intellectuelles et produit une délicieuse sensation de gaieté et de bien-être.

« Les suites de ces sortes d'enivrement médicamenteux sont d'abord légères, presque imperceptibles, mais l'usage habituel du toxique finit par créer un besoin tyrannique d'y recourir qui veut être assouvi à tout prix.

« On voit alors ces intoxiqués devenir nerveux, agités, trémulants, incapables de sommeil, absolument anorexiques et bientôt voués à tous les détraquements de la plus pitoyable neurasthénie ».

« On entre dans la morphinomanie, a dit M. le professeur Ball, par la porte de la douleur, par celle de la volupté et par celle du chagrin ». Pour la cocaïnomanie celle de la douleur est la plus large et la plus fréquentée, et la plupart des cas ont une origine thérapeutique. C'est par cette porte, en effet, que passent la plupart des cocaïnomanes qui prisent la cocaïne, pour se débarrasser des ennuis que leur procure un rhume des foins, une rhinite hypertrophique, ou même un simple coryza. Le médecin leur a prescrit une solution ou poudre où il entre de la cocaïne, ils en ont éprouvé d'heureux effets, et ils renouvellent incessamment le remède qui est un moyen sûr et commode de calmer la douleur, de ramener le sommeil, qui en somme, fait des miracles et peut se porter avec soi, partout et toujours.

Voici à ce propos, ce que dit M. Lermoyez, dans un article de la *Presse Médicale*. Après avoir vanté

les heureux effets de la cocaïne dans le rhume des foins, il s'exprime ainsi : « C'est ici surtout, que notre devoir est de crier aux malades : « Gare à la cocaïne » ! Le nez s'habitue à son effet ; pour obtenir une même sédation, il faut peu à peu employer des doses de plus en plus fortes, de plus en plus rapprochées ; la solution à 1/100 suffisait au début ; le jour arrive bien vite où la solution à 1/10 devient nécessaire : alors apparaissent les symptômes de cocaïnisme. Bien plus la crise annuelle passée, le malade ne peut plus renoncer à son poison favori, et c'est ainsi que la majeure partie des fervents de la cocaïnomanie nasale est fournie par les malades atteints du rhume des foins ».

De même dans la rhinite hypertrophique et dans le coryza, la cocaïne, en produisant le dégonflement de la muqueuse enflammée, fait disparaître l'enchifrènement, les éternuements et procure ainsi au malade une sorte de bien-être. Nous savons aussi que ces heureux effets de la cocaïne sont passagers et ne durent guère qu'une demi-heure. Combien donc doit être grande, pour le malade, la tentation de recourir souvent au remède qui lui procure un tel soulagement !

En outre, le docteur Ingals a remarqué que si l'on se sert longtemps de ce médicament, il y a excitation constante des nerfs des fosses nasales, qui en détermine la parésie et amène un gonflement des cornets-pouvant, à la longue, devenir permanent.

Il est, dès lors, très facile de s'expliquer comment.

Le malade, placé dans un cercle vicieux, peut devenir un cocaïnomanie.

Le vulgaire coryza lui-même peut conduire à la cocaïnomanie. On trouve, en effet, dans le commerce pharmaceutique, de nombreuses spécialités contre le coryza. Beaucoup d'entre elles, à base de menthol, sont inoffensives et peuvent vraiment soulager ceux qui s'en servent; mais quelques-unes de ces spécialités sont à base de cocaïne et, par suite dangereuses en raison des motifs énoncés plus haut. Elles sont d'autant plus dangereuses que le malade peut s'intoxiquer à son insu. Certaines de ces spécialités contiennent 0,10 centigrammes de chlorhydrate de cocaïne pour 10 grammes de solution, c'est-à-dire 1 p. 100; dose faible, si l'on veut, mais qui peut parfois donner lieu à des accidents même entre des mains expérimentées.

Nombreux sont les fervents de la cocaïnomanie nasale. Seulement la date récente de la passion cocaïnique, le petit nombre de malades qui se font connaître, ou que trahit la gravité de leur état, le petit nombre aussi de médecins qui s'en occupent et le secret professionnel qui les lie ne permettent guère d'émettre, au sujet de sa diffusion et de ses progrès, autre chose que des conjonctures. Mais combien nombreux sont les cas qu'on nous a laissé entrevoir! Si les personnes auxquelles nous faisons allusion n'ont éprouvé jusqu'ici aucun symptôme grave d'intoxication, elles n'en sont pas à l'abri pour cela et, si elles ne renoncent à leur funeste habitude, il est à craindre qu'elles ne s'acheminent lentement vers la

déchéance physique et psychique qui est le propre de l'intoxication cocaïnique chronique.

Voici des exemples qu'il nous a été permis d'observer : M. X..., pharmacien, prend régulièrement, chaque jour, depuis plus de deux ans, 0.50 centigrammes environ de chlorhydrate de cocaïne en poudre. Il s'était servi, incidemment, lors d'un coryza, d'une spécialité contenant de la cocaïne : en ayant éprouvé de bons effets, il ne peut depuis se passer de cocaïne. Mais, connaissant en partie les dangers auxquels il s'expose, il a la force de caractère de ne pas augmenter trop sa dose. Il a déjà fait plusieurs tentatives pour se corriger, mais il est revenu, presque malgré lui, à son habitude. Nous avons remarqué chez lui un amaigrissement prononcé, un teint blafard, un peu de nervosisme et d'insomnie, qui, selon nous, doivent être mis sur le compte de l'abus de la cocaïne. M. X... n'a observé personnellement aucun symptôme d'intoxication.

Mme X..., femme du précédent, prend également 0,30 à 0,40 centigrammes de chlorhydrate de cocaïne par voie nasale, depuis sept mois environ. Chez elle nous avons remarqué de l'amaigrissement, des palpitations douloureuses, des troubles respiratoires consistant en sensation d'étouffement, une insomnie rebelle et une grande irritabilité de caractère. De plus, elle éprouve pour la cocaïne un violent désir, qui la porterait volontiers à augmenter la dose, si elle le pouvait.

Il est, enfin, une dernière variété de cocaïnomanie, la cocaïnomanie par injections sous-cutanées, qui

n'est, le plus souvent, qu'une complication de la morphinomanie. C'est la plus grave et la plus redoutable, soit que les doses ainsi absorbées soient plus fortes, soit que la cocaïne introduite directement dans la circulation générale fasse sentir plus rapidement ses funestes effets sur l'organisme.

Cette association, appelée morphino-cocaïnomanie, résulte, soit de ce qu'on ait voulu rendre moins douloureuse l'injection de morphine par l'addition d'un peu de cocaïne, soit de ce que plus tard on ait tenté dans un but thérapeutique de substituer la cocaïne à la morphine.

C'est, dit-on, Beutley qui, en 1878, eut la funeste idée de traiter la morphinomanie par la substitution de la cocaïne à la morphine. Il eut bientôt de nombreux imitateurs : en Allemagne, Obersteiner qui employa la cocaïne à l'intérieur ; Schmidt, qui l'administra en injections sous-cutanées aux doses de 15 et 20 centigrammes ; en Amérique, Waugh, qui se borna à user de lacoca en feuilles, Edvard Mann et Reid ; en France, Grasset ; mais nulle part cette détestable méthode ne fut appliquée avec plus de suite et de rigueur qu'en Amérique et en Angleterre.

On ne tarda cependant pas à s'apercevoir, en dépit de quelques succès passagers, que, loin de guérir la morphinomanie, le traitement par la cocaïne ne faisait qu'ajouter à l'habitude de la morphine celle de la cocaïne, au moins aussi tenace et mille fois plus funeste et que, tenter de substituer l'un à l'autre de ces poisons, c'était tomber de Charybde en Scylla. Les malades eux-mêmes en ont parfaitement cons-

science et savent fort bien que si la cocaïne produit une sensation euphoristique plus prompte que celle qu'ils doivent à la morphine, cette sensation est beaucoup moins durable et que, si l'usage de ce toxique devient bientôt aussi nécessaire que celui de la morphine, il n'ôte rien aux angoisses qui succèdent à la suppression de ce dernier agent.

C'est Erlenmeyer qui poussa le premier cri d'alarme : « On ne pouvait, dit-il, manquer d'essayer en pareil cas (sevrage de la morphine) le chlorhydrate de cocaïne ».

« Cette idée s'est abattue comme une tempête soufflant de tous côtés. C'est cependant une des plus dangereuses qui aient pu être conçues depuis longtemps ; ses conséquences funestes nous apparaissent sous la forme de la cocaïnomanie qui est venue se joindre à la morphinomanie et à l'alcoolisme comme fléau digne de figurer à côté d'eux. Comme eux, elle est nuisible au plus haut degré au corps, à l'esprit, au sens moral de celui qui en est atteint.

« Voici quel est le développement de la cocaïnomanie : le malade commence soit de son propre mouvement, soit de l'avis de son médecin par se sevrer de la morphine au moyen de la cocaïne, ce qui serait facile, prétendent certains écrivains. La plupart du temps ce plan ne réussit pas ; le morphinomane ne veut pas diminuer sa dose de morphine ; mais il a pris l'habitude des injections de cocaïne. Réussir à remplacer la morphine par la cocaïne, ce serait remplacer Satan par Beelzébut. Le malade serait libre de morphine, mais livré à la cocaïne. Dans les deux cas,

elle produit les effets surexcitants, fortifiants, vivifiants, appelés « euphoriques ».

Ces effets sont de courte durée, mais un renouvellement de cocaïne les reproduit sans cesse et la dose augmente toujours. Le sujet voudrait bien se débarrasser de la cocaïne : il ne peut plus. La privation de cocaïne se fait sentir dans l'organisme par des manifestations désagréables qui lui retirent tous ses moyens. Il lui faut de la cocaïne pour travailler ! Il en veut absolument ! Il est atteint de cocaïnomanie : les rechûtes le prouvent bien. Comme je le fais observer, de suite, par anticipation, les rechutes sont bien plus rapides, dans la morphino-cocaïnomanie que dans la simple morphinomanie et, dans ces rechûtes, le malade va droit, non à la morphine, mais à la cocaïne »

CHAPITRE III

Anatomie pathologique

Les lésions anatomo-pathologiques observées chez les cocaïnomanes n'ont rien de bien spécial. L. Daddi a étudié les altérations du système nerveux central dans l'empoisonnement lent par la cocaïne. Des recherches anatomo-pathologiques et expérimentales, faites par l'auteur sur des chiens, il résulte que les altérations du système nerveux sont analogues à celles produites par beaucoup d'intoxications (morphine, arsenic, plomb) ou d'infections généralisées et qu'aucune d'elles ne peut être considérée comme caractéristique de l'intoxication cocaïnique. Cet auteur estime que ces altérations dépendent en partie de l'action directe du poison sur le système nerveux, en partie des modifications produites dans les échanges organiques.

Le docteur C. Pandi signale cependant, dans les cellules nerveuses, des lésions qu'il croit caracté-

ristiques du cocaïnisme chronique : c'est le gonflement et la décoloration des cellules ; il signale, en outre, la présence des granulations de la substance chromophile.

Le foie, qui est comme un filtre placé sur le passage des poisons introduits dans l'organisme, doit subir, lui aussi, à la longue, l'action altérante de l'intoxication cocaïnique. En effet, la modification que les cellules hépatiques font subir à l'alcaloïde dans le parenchyme hépatique, s'accompagne de modifications de leur structure histologique très bien mises en évidence, dans ces dernières années par Ehrlich, qui a fait des recherches fort intéressantes à ce sujet et montre que cette altération consiste en une dégénérescence vacuolaire des cellules hépatiques. A l'examen microscopique, on voit ces cellules énormément augmentées de volume ; leur protoplasma est raréfié et refoulé autour du noyau, qui est lui-même atrophié et, en même temps, on constate la disparition plus ou moins complète du glycogène. D'autre part, on a relevé encore la dégénérescence graisseuse de quelques cellules hépatiques et des cellules des voies biliaires et sanguines. Lorsque l'animal succombe à une intoxication relativement lente par la cocaïne, le foie est considérablement hypertrophié, la coloration pâle, anémique, et on observe sur certains points de la coupe des taches de congestion et des foyers de nécrose. C'est surtout au niveau de ces régions qu'Ehrlich a pu observer les altérations du parenchyme signalées tout à l'heure.

CHAPITRE IV

Symptomatologie

Nous allons maintenant retracer les troubles divers qu'entraînent dans l'organisme l'usage prolongé et l'abus de la cocaïne. Il est assez difficile de faire un tableau d'ensemble qui s'applique à tous les cas observés, car les effets généraux de la cocaïne sont extrêmement variables et, comme pour toutes les substances qui affectent l'encéphale, la réaction dépend, dans une très notable mesure, de ce qu'on pourrait appeler la qualité de la cellule de l'individu, ce qui fait que nous aurons des individus extrêmement sensibles à l'action de la cocaïne, comme nous voyons des individus extrêmement sensibles à l'action de la morphine, comme il y en a d'extrêmement sensibles à l'action de l'atropine, en un mot de toutes les substances qui ont une action particulière sur les cellules nerveuses; et le mode de manifestation

toxique de chacun sera sous la dépendance très étroite de la réactivité de ces cellules. De même que chaque individu fait, d'une façon générale, sa maladie, qu'il s'agisse de fièvre typhoïde, de syphilis, etc., de même chaque individu fait son empoisonnement en lui imprimant le cachet particulier de son idiosyncrasie cellulaire.

Si les effets généraux sont extrêmement variables, et variables avec la qualité de la cellule nerveuse de l'individu, il est cependant un certain nombre de symptômes constants qu'on observe toujours dans tous les cas d'intoxication chronique par la cocaïne; ce sont les suivants :

A. — *Période de début.* — Dans la période de début, période d'euphorie, l'alcaloïde détermine une action stimulante sur le système nerveux : le sujet éprouve un véritable besoin d'activité musculaire et intellectuelle. C'est ainsi, comme nous l'avons déjà dit, que les Indiens qui mâchent les feuilles de coca peuvent fournir une grande somme de travail et tromper la sensation de la faim. Cette action est due à la « défatigue » que procure la cocaïne. Aussi le cocaïnomane au début trouve-t-il dans son poison une véritable sensation de bien-être, mais jamais il n'a de ces rêves agréables qui séduisent tant les morphinomanes. Beaucoup, cependant, éprouvent des impressions nouvelles et, comme nous l'avons déjà dit plus haut, une sorte d'ivresse plus ou moins analogue à celle que détermine l'opium ou le haschisch.

Ces sensations agréables s'allient, chez ceux qui

présent la cocaïne, au bien-être développé par le dégonflement de la muqueuse nasale et par la disparition de l'enchrifrènement; chez ceux qui la prennent par voie buccale à la cessation des douleurs gastriques qui en avaient nécessité l'emploi. Chez ceux qui se piquent à la cocaïne, « les sensations produites par les piqûres présentent cette particularité qu'elles n'assouviennent pas, comme celles de la morphine, un besoin artificiel. Il semble qu'il existe au-delà de la sensation agréable que vous procure l'injection de cocaïne, quelque chose de plus parfait de plus raffiné, ce qui nous entraîne à multiplier à l'infini le nombre des injections » (Observation de Sollier).

Et, l'on comprend que ces individus arrivent à multiplier rapidement les doses : les effets agréables de la cocaïne ne durent guère plus d'une demi-heure. Et combien doit-être grande la tentation de faire durer indéfiniment cette euphorie ! Mais, malheur à ceux qui se laissent entraîner et qui veulent jouir perpétuellement de ces délices ! Ils sont sur une pente dangereuse et glissante et, le plus souvent, il leur sera impossible de s'arrêter de leur propre volonté ; et puis les rechutes sont si fréquentes, lors même qu'on essaie de s'arrêter ! Bien plus rapide que l'intoxication alcoolique qui met souvent bien des années pour produire ses troubles néfastes, l'intoxication cocaïnique les produira en quelques mois. Bien plus rapide aussi que l'intoxication morphinique : plusieurs des malades de nos observations sont morphinomanes depuis bien des années impu-

nément (5 à 15 ans); quelques semaines seulement après le début de la cocaïnomanie apparaissent les dégâts produits par le nouvel arrivant.

En effet, l'état d'agréable excitation du début cède bien vite la place à une agitation permanente accompagnée d'un grand nombre de troubles sensitifs et psychiques.

Il existe quelques traces extérieures qui sont particulières à la cocaïnomanie. C'est d'abord une déformation caractéristique du nez, que nous a signalée le D^r Sollier : « La déformation du nez consiste en un élargissement des narines : toute la portion cartilagineuse devient globuleuse et donne l'aspect du nez tamponné pour une hémorragie. Cette déformation apparaît assez vite chez les cocaïnomanes qui se servent de fortes doses et répétées, avec lesquelles ils se remplissent le nez de tout ce qu'il peut contenir, et l'on observe presque toujours, sur le rebord des ouvertures nasales, des traces de cocaïne résiduelle. Pas de déformation nasale, bien entendu, chez ceux qui aspirent la cocaïne en solution ». Chez ceux qui emploient la cocaïne en injections sous-cutanées, fréquemment se développent, à la place des piqûres, de petits durillons sous-cutanés atteignant souvent la grosseur d'une noisette.

B. — *A la période d'état*, on observe des troubles dans les fonctions de la vie organique et des troubles dans les fonctions de la vie de relation.

Parmi les premiers, il faut signaler d'abord les

troubles de la digestion et de la nutrition. Rarement le malade conserve son appétit : le plus souvent, il a un appétit irrégulier, parfois faim très vive, puis anorexie complète. Quelques malades ont des vomissements de matières alimentaires ou de liquide mélangé de bile. Chez tous, nous trouvons de la diarrhée et un amaigrissement considérable. Erlenmeyer a constaté cet amaigrissement chez des malades habitués à la morphine depuis longtemps et qui, se nourrissant d'une manière conforme à leur constitution, commencèrent à perdre considérablement de leur poids, du jour où ils eurent recours à la cocaïne (20 à 30 % en quelques semaines) : « Il n'y avait pourtant, dit-il, ni diminution de la nourriture absorbée, ni catarrhe de l'estomac. J'ai fait la même observation chez les cocaïnomanes purs avec une alimentation forcée ».

Ils ont le teint blafard, les yeux excavés et les chairs flasques et, dans les cas de cocaïnisme invétéré, il se déclare une véritable cachexie comparable à la cachexie morphinique. Ajoutez à ceci, chez les morphino-cocaïnomanes, qu'ils ne tardent pas à voir leur corps se couvrir de multiples abcès et de durillons cocaïniques, et voilà comment, souvent, ces individus viennent sans grande confiance s'offrir à un traitement médical, quand, auparavant, on n'a pas dû les enfermer dans une maison d'aliénés pour des troubles mentaux de même cause, mais autrement plus graves et plus dangereux. Voilà pourquoi nous disions à propos de l'action physiologique de la cocaïne que ce prétendu « aliment d'épargne »,

non seulement n'épargne rien, mais il brûle.

Passons maintenant aux *troubles cardiaques*; on les retrouve chez tous les cocaïnomanes. Quelquefois même ils sont les premiers à traduire l'intoxication cocaïnique et peuvent revêtir une gravité exceptionnelle, témoin l'observation de M. Roque : le médecin est appelé auprès d'une jeune fille, il la trouve dans un état d'asystolie inquiétant, ne sachant à quoi attribuer ce désordre cardiaque; on découvre finalement que cette jeune fille faisait depuis quelque temps un usage immodéré de cocaïne.

C'est d'abord de la tachycardie qu'on observe chez les cocaïnomanes : le pouls est accéléré et irrégulier, il y a parfois des syncopes.

Erlenmeyer a établi par la méthode sphygmographique que, chez les morphinomanes, la cocaïne produit une paralysie des vaisseaux sanguins; les artères s'endorment pour ainsi dire. C'est à ces mêmes troubles vaso-moteurs que sont dues les sueurs profuses que présentent certains malades.

Les troubles respiratoires coïncident fréquemment avec ces troubles circulatoires : c'est de la dyspnée, des troubles vaso-moteurs respiratoires de toute espèce, accompagnés, notamment, d'évanouissements.

On a signalé aussi des hypersécrétions glandulaires, un état de ténésme rectal et vésical extrêmement pénible (Obs. VIII de Sollier) et une polyurie persistante qui, souvent, dure un temps très considérable après les suspensions de l'absorption de la cocaïne. D'ailleurs, ces phénomènes ont été enre-

gistrés comme accidents tardifs succédant parfois à l'intoxication aiguë et pouvant alors durer un certain nombre de jours.

Autrement variés et autrement curieux sont les troubles provoqués par la cocaïnomanie *dans les fonctions de la vie de relation*.

Ce sont d'abord des *troubles de la motilité*. Magnan a signalé, le premier, les attaques épileptiformes, et il en fait un des signes les plus importants du cocaïnisme chronique. Il en rapporte quatre observations où elles sont très nettes. Chez le malade de l'Obs. VIII de Sollier : « A deux reprises, des injections de cocaïne furent suivies de convulsions des bras et des jambes et d'une incoordination générale des mouvements. Chacune de ces crises dura environ un quart d'heure ». Ces attaques sont encore signalées dans les observations X, XI et XII.

On retrouve, du reste, fréquemment ces attaques épileptiformes dans le cocaïnisme aigu. Mais les épilepsies toxiques, quand il n'existe pas de prédisposition, disparaissent généralement avec la cause et nos trois épileptiques par la cocaïne (Obs. X, XI et XII), une fois délivrés du poison, n'ont plus présenté d'accidents convulsifs. D'autres fois, ce sont de simples crampes ou des secousses musculaires. Comme effets consécutifs de ces troubles de la motilité, on voit survenir une démarche spasmodique, l'exagération des réflexes rotuliens, de la maladresse musculaire.

Un signe bien plus important du cocaïnisme chronique est fourni par *la sensibilité générale* : c'est la

sensation d'un corps étranger sous la peau. Magnan fut un des premiers à le signaler. Erlenmeyer le mentionne dans son livre: « *Die Morphiumsucht und ihre Behandlung* ». Rybakoff, Morselli, Scheppegrell en font un symptôme de premier ordre, et la connaissance de ce signe a une grande importance pratique, vu l'emploi très répandu de la cocaïne dans la pratique chirurgicale et dentaire : à l'apparition de ce symptôme, on devrait cesser l'emploi de la cocaïne.

Korsakoff communique deux observations où l'on constate le signe décrit plus haut. Dans un cas, la malade atteinte de polynévrite puerpérale, se plaignait continuellement de la présence de petits vers sous la peau ; on rechercha la cocaïne, il se trouvait qu'elle en faisait usage sous forme de tampons vaginaux. Avec la cessation de cette pratique, les plaintes diminuèrent.

Magnan a eu l'occasion d'observer un cas dans lequel la sensibilité générale a fait presque entièrement tous les frais. Il s'agit d'une dame de 35 ans, évidemment nerveuse, impressionnable, d'une sensibilité extrême et dont les dispositions névropathiques se sont trouvées accrues par une longue et douloureuse maladie. Depuis plusieurs mois, en effet, des abcès se développaient sur différentes parties du corps et s'accompagnaient de vives douleurs pour lesquelles on avait conseillé des applications de compresses imbibées d'une solution de cocaïne. Elle continuait ces applications depuis six semaines, quand il fut appelé auprès d'elle. Elle était très

anxieuse, gémissait et se préoccupait vivement de petites tâches noires que présentait l'épiderme déchiré autour des ongles ; elle arrachait avec effroi ces petits fragments noirâtres qu'elle prétendait être les insectes qu'elle sentait sous la peau et qui la rongeaient. Elle en apercevait aussi sur les vêtements, et s'efforçait d'enlever tout brin de laine ou de soie qui paraissait un peu noir. Eclairé par les observations précédentes, il demande si l'on n'a pas fait d'injections cocaïniques et, après une réponse négative, on ajoute cependant qu'on recouvre les surfaces ulcérées des abcès de linges trempés dans une solution de cocaïne.

Dans les trois observations de Saury (Obs. X, XI, XII) le symptôme prédominant est fourni aussi par la sensibilité générale. Chez les trois, en effet, les hallucinations de la sensibilité générale ont pour caractère particulier de faire naître la sensation d'un corps étranger sous la peau. Le 1^{er}, râclant sa langue, s' imagine en voir sortir de petits vers noirs ; il fouille, en outre, dans les abcès, pour en retirer « les microbes du choléra ». Le 2^e, le pharmacien, s'écorche la peau et, fouillant au fond de la plaie, en retire des microbes avec l'ongle ou la pointe d'une épingle. Le 3^e, le médecin, s'acharne à la recherche de « cristaux de cocaïne », sous la peau. Dans une observation rapportée par le Dr Jennings, le malade cherchait également des vers sous la peau. « J'eus l'idée dit le médecin observé par Sollier (Obs. VIII), que les abcès avaient pu servir de porte d'entrée au sarcopte de la gale, et je les fouillai avec des pinces,

pour y rechercher l'acarus à l'aide de loupes et du microscope ».

Cette sensation de corps étranger sous la peau s'accompagne de fourmillements, de démangeaisons, de picotements et cela surtout au niveau des extrémités. Aussi ces malades se grattent, fouillent leurs abcès, les propagent de proche en proche, et finissent par en être recouverts. Quelques-uns éprouvent des douleurs fulgurantes. Et, enfin, certaines régions sont frappées d'anesthésie superficielle ou profonde. Ce qui nous explique, par exemple, que le malade de l'Obs. XII ait pu s'introduire dans le rectum des objets tels qu'un couteau, des aiguilles, « pour se donner de l'air », disait-il.

A ces troubles de la sensibilité générale viennent s'ajouter ceux de la *sensibilité spéciale*. Le sens de la *vue* est atteint le premier : on constate du rétrécissement du champ visuel, des scotomes. Outre l'affaiblissement de l'acuité visuelle, le malade accuse souvent des illusions et des hallucinations. Les illusions portent sur la forme, la couleur, la nature des objets placés devant lui (Obs. X, Saury).

Le malade de l'Obs. XVI de Saury, présente encore de la diplopie et de l'amblyopie : il ne sait pas distinguer les objets colorés en rouge ou en vert ; ou bien les objets lui apparaissent plus petits que nature. Les hallucinations sont parfois zoopsiques, mais, le plus souvent, il s'agit de fantômes bizarres qui s'agitent devant le patient. Le malade de l'obs. XI de Saury, « voit se déplacer dans un rapide mou-

vement d'ascension et de descente un vide-poche accroché au mur de sa chambre. Le médecin (Obs. XII) « aperçoit des figures qui s'allongent, des têtes qui augmentent de volume; souvent tous les objets perdent leurs contours réels ». Le malade de l'Obs. de Sollier « voit d'abord onduler les couvertures de son lit, puis les dessins de la tapisserie prendre des formes variées; c'étaient des hommes revêtus de costumes d'une autre époque, se livrant à des séries de mouvements combinés... Parfois, mais plus rarement, c'étaient des scènes érotiques, sans qu'il y eût excitation des sens ».

L'ouïe est quelquefois compromise aussi par des illusions et des hallucinations : bourdonnements, sifflements, cris inarticulés, voix qui adressent des injures. Le malade de l'Obs. XI est réveillé par des bruits de « toc toc » qu'il qualifie d'inquiétants. Un malade d'Erlenmeyer entend des roulements de tambour et des sons de trompettes. « Les voix que j'entendais, dit le malade de Sollier (Obs. XI), semblaient partir de certains points, toujours les mêmes, dans les différentes pièces de la maison, dans ma chambre à coucher, de la ruelle ou du ciel de lit, ailleurs des cheminées... On me suggérait l'idée de renoncer à la cocaïne, me menaçant de la folie, si je continuais l'usage de ce poison ».

Erlenmeyer signale des troubles du sens musculaire : le malade se sent soulevé en l'air, transporté, balancé, ou précipité. C'est un symptôme que nous n'avons pas retrouvé dans les diverses observations que nous avons vues.

Plus fréquentes sont les hallucinations du *goût et de l'odorat*. « Il me semblait, dit le malade de Sollier, qu'une odeur par moments très pénétrante se dégageait de toute ma personne. J'eus, en même temps, un certain degré de perversion du goût, mes goûts se portant de préférence sur des aliments que je n'aimais pas. De plus, je trouvais des goûts bizarres de tabac, de plâtre, etc..., à tous les plats qui m'étaient servis ». Un autre (Obs. XI) se plaint de saveurs désagréables; on lui fait respirer « des gaz pour le rendre fou ».

Il faut encore signaler *les troubles du sens génital* observés chez les cocaïnomanes. Mais les auteurs ne sont guère d'accord sur ce point, et cela se comprend facilement, étant donné qu'il sont très variables et parfois totalement opposés. Le Dr Conolly Norman, à la suite du Dr Stoker, affirme que, dans l'intoxication cocaïnique, on observe une excitation génitale marquée. Effectivement, nous la retrouvons chez le malade de l'Obs. XI. Il est possible que cette excitation existe dans le début de la cocaïnomanie, en même temps que ces sensations de bien-être et d'appétit plus grande au travail que nous signalions plus haut, mais elle ne tarde pas à faire place au phénomène opposé. Le Dr Frank Ring, dans son auto-observation le dit : « Un fait qui ressort de mon expérience personnelle, c'est que la cocaïne doit être rangée parmi les anaphrodisiaques ». Un des malades d'Erlenmeyer lui fit part qu'avec l'usage de la cocaïne, il était devenu presque subitement impuissant.

Un mot en passant sur la *descendance des cocaïnomanes*. L'influence sur les enfants conçus pendant que les parents ou l'un d'eux sont cocaïniques a été notée par M. Marfan dans la *Revue des Maladies de l'enfance* (1901). Appelé auprès d'un enfant atteint d'idiotie complète, il fit une enquête qui lui donna les renseignements suivants : du côté de la mère aucune tare nerveuse, aucune intoxication. Le père, qui n'appartient pas d'une manière évidente à une famille de névropathes, est devenu cocaïnomanes, « Le ménage a eu 4 enfants : 1^o une fille de 13 ans, intelligente et bien portante ; 2^o une fille âgée de 8 ans, conçue deux mois après les opérations nasales, c'est-à-dire à une époque où le cocaïnisme commençait à peine ; cette petite fille est chétive, un peu pâle, mais très intelligente ; 3^o un fils, âgé de 6 ans, conçu lorsque le cocaïnisme du père était déjà à son apogée ; c'est l'idiot complet pour lequel on est venu me demander conseil ; 4^o un dernier enfant, âgé de 10 mois, engendré aussi en plein cocaïnisme, et qui est également microcéphale ».

Une intoxication qui produit de tels troubles organiques et de telles hallucinations doit conduire fatalement à un dérangement plus ou moins accentué des *facultés mentales*, lorsque l'individu qui les éprouve les accepte et les interprète dans le sens pathologique. Un premier symptôme de l'altération psychique, auquel Erlenmeyer attache une grande importance, c'est la prolixité et l'abondance inaccoutumée de la conversation et de la correspondance des cocaïnomanes. « Ils parlent et écrivent d'une

façon étonnante ; ils n'en finissent plus ; ils ont toujours une phrase à ajouter, ils se répètent. Quelques-uns même ont une véritable manie d'écrire des lettres interminables ». Effectivement, nous retrouvons cette loquacité dans plusieurs de nos observations (Obs. XI, Saury) et le Dr Ring, dans son auto-observation, nous dit qu'il se sent fréquemment en verve d'écrire (Obs. I).

Mais, d'autres fois, il n'en est pas ainsi : le sujet tombe dans un état de prostration, de marasme accentués, une sorte d'état vertigineux ; il devient indifférent à tout ce qui l'entoure ; il perd ses sentiments affectifs, et l'irritabilité de son caractère le rend bien vite insupportable.

L'insomnie est la règle chez les cocaïnomanes, une insomnie qui s'accompagne de délire essentiellement hallucinatoire. Les hallucinations, rares, en effet, dans la morphinomanie, sont la règle dans l'intoxication par la cocaïne. Et c'est précisément sur ces illusions et hallucinations de la sensibilité, du toucher, de la vue, de l'ouïe, etc., que se greffe le trouble des idées ; mais jamais, ainsi que l'a montré Saury, ce trouble des idées n'est primitif.

« Les effets de la cocaïne, dit Erlenmeyer, sont désastreux sur les facultés mentales. Un de ses effets les plus tristes, c'est cette sorte d'aliénation mentale qui revêt la forme de délire hallucinatoire (monomanie de la persécution). Ce trouble mental n'est pas toujours assez dangereux pour nécessiter le placement à l'asile d'aliénés ; mais, chez la plupart des cocaïnomanes, il se développe des troubles mentaux

passagers, un affaiblissement des facultés mentales, une diminution de la mémoire et une espèce de monomanie de la persécution ».

Les cocaïnomanes finissent donc par se croire persécutés par une personnalité qu'ils connaissent ou qu'ils inventent. Or, du moment qu'ils se croient persécutés, ils deviennent dangereux. Si, en effet, souvent, ils ont peur et se cachent dans un endroit obscur, à la cave, par exemple, ils peuvent, d'autres fois, dans leur période d'agitation maniaque, se livrer à des actes impulsifs, à des actes de violence très graves qui éclatent avec une soudaineté que rien ne faisait prévoir.

Bornemann, à Wernigerode, nous rapporte des faits de ce genre. « Un malade de ma connaissance, tire tout à coup en pleine rue des coups de revolver à travers les fenêtres ouvertes de l'habitation d'un de ses meilleurs amis. . . . Un autre s'échappe tout d'un coup la nuit et court autour de l'établissement (où il est soigné) avec son revolver chargé, pour tuer ses soi-disant persécuteurs ». Sur les six malades de Bornemann, trois avaient dû être enfermés dans une maison d'aliénés. Et n'est-ce pas à l'intoxication cocaïnique qu'est due la fin si tragique de ce médecin lyonnais qui se suicida après avoir tué sa femme ?

C'est un tableau bien triste que nous venons de tracer ; mais nous craignons encore que les couleurs n'en soient pas assez sombres. Quiconque a vu les dégâts rapides produits, tant physiquement que moralement, chez un homme qui se livre à la cocaïne, doit laisser tomber tout son optimisme en face de la

cocaïne. Il n'y a qu'un poison qui produise de semblables dégâts que la cocaïne : c'est l'alcool, en particulier l'absinthe ; rien ne se rapproche du délire cocaïnique comme le délire absinthique.

A propos des cocaïnomanes, qui prennent en même temps de la morphine, peut être objectera-t-on qu'il s'agit de manifestations complexes, au sujet desquelles il y aurait lieu d'admettre une action combinée de la morphine et de la cocaïne. Il n'en est rien : les trois malades de Saury (Obs. X, XI, XII) ont pu s'injecter impunément durant plusieurs années, des doses parfois considérables de morphine. Les accidents n'ont éclaté qu'à la suite de l'emploi de la cocaïne, pour disparaître avec la suppression complète, ou s'amender avec la simple diminution de cette substance. De plus, s'il est vrai que l'empoisonnement morphinique réagisse défavorablement sur l'état mental, il est contestable qu'il puisse provoquer directement les hallucinations et le délire. Enfin l'administration exclusive de la cocaïne donne lieu à ces mêmes accidents ainsi que le démontrent les recherches expérimentales de Laborde, Laffont et Richet et l'observation clinique.

Il est donc certain que la cocaïne reste seule en cause dans la production des troubles intellectuels, moteurs et sensitifs. Erlenmeyer, qui a observé de nombreux cas de morphino-cocaïnomanie, dit que « la folie hallucinatoire qui se montre chez les morphinomanes, après l'emploi de la cocaïne est provoquée uniquement par la cocaïne et non point par la combinaison de la morphine et de la cocaïne ».

Symptômes d'abstinence cocaïnique. — Ils ne sont pas très violents et ne sont pas aussi graves que ceux de l'abstinence morphinique. Au premier plan se placent les symptômes vaso-moteurs, comme les palpitations, les sueurs profuses, l'affaiblissement cardiaque, les troubles de la respiration (dyspnée) et les syncopes. Leur intensité paraît proportionnelle à la quantité des doses absorbées et à la rapidité du sevrage.

« Un autre symptôme d'abstinence, dit Erlenmeyer, plus éloigné, mais absolument certain, c'est une dépression accentuée de l'esprit, un affaiblissement énorme de la volonté. Un tel chagrin, une telle désolation, de telles plaintes, un tel abandon de l'énergie et une telle démoralisation, comme je les ai vus chez les morphino-cocaïnomanes, jamais, depuis bien des années, je ne les ai vus chez les morphinomanes les plus endurcis.

« Cette démoralisation différencie très bien les morphinomanes des cocaïnomanes. Chez les premiers, l'accomplissement du sevrage, la nouvelle de la dernière injection engendre, dans presque tous les cas, une joie violente, inexprimable qui se traduit en paroles chaleureuses de remerciements envers le médecin et de reconnaissance envers le personnel de la maison, alors même qu'il ressent encore une impression désagréable ; le cocaïnomane, lui, ne connaît pas ce moment, il ne connaît pas la joie d'un sevrage réussi ; honteux et hébété, il réclame plus tard la cocaïne. C'est précisément dans cette profonde démoralisation que se trouve la cause importante du danger des récidives ».

Les hallucinations des divers organes des sens cessent très rapidement avec la suppression de la cocaïne, presque en même temps qu'elle ; de même la confusion mentale. Il n'en est pas ainsi pour les idées de persécution qui restent même bien longtemps encore et, si les malades s'entendent à merveille pour les dissimuler, il n'est cependant pas difficile à un œil exercé de psychiâtre de reconnaître la fourberie. La défiance et la jalousie s'associent ensemble et laissent par leur acuité sans motif reconnaître le caractère maladif.

M. Sollier, qui a bien voulu nous communiquer son opinion basée sur 120 observations environ de morphino-cocaïnomanes et une quinzaine de cocaïnomanes purs, n'a jamais constaté le moindre trouble sous l'influence de la suppression brusque, si ce n'est des sueurs profuses et une fatigue non douloureuse. « La dépression de l'esprit, l'affaiblissement de la volonté, dit-il, n'a rien de spécial à la cocaïne. C'est le fait de toutes les intoxications et de toutes les désintoxications pendant la phase de réparation. Il se passe là ce qui se passe chez les alcooliques qui restent souvent déprimés et qui, s'ils déliraient sous l'influence de l'alcool, continuent à délirer après ».

OBSERVATION I

FRANCK RING, *Médic. Record*, 3 sept. 1887

De la cocaïne et de ses attraites jugés par un médecin cocainomane.

Depuis quatre hivers, dit le Dr Franck Ring, je souffrais de pharyngite folliculaire chronique, avec gonflement hypertrophique de la muqueuse et ulcération des follicules, surtout au niveau des plis turbinés.

La nuit, un enchifrènement horrible me tenait éveillé une partie du temps et venais-je à m'endormir, une sécheresse parcheminée de la gorge et de la bouche ne tardait pas à me tirer de mon sommeil.

J'avais, en pareille circonstance, souvent usé, pour mes malades, des pulvérisations cocainées, avec un certain succès. Le soulagement, bien que momentané, s'était toujours montré très notable et il me parut qu'une application semblable était parfaitement indiquée dans mon cas.

Vers le 1^{er} septembre 1886, je commençai à faire ces pulvérisations intra-nasales avant de me coucher à l'aide d'un pulvérisateur ordinaire contenant une solution à 4 % de cocaïne.

Pendant un mois, chaque soir, j'employais environ 4 grammes de la solution, soit environ 16 centigrammes de cocaïne.

Dès les premières pulvérisations, le soulagement éprouvé fut très marqué, je m'endormais facilement immédiatement après et, pendant toute la nuit, je respirais avec facilité. En fait, c'était pour moi un véritable soporifique que ce dilateur des fosses nasales.

Mais, au bout d'environ un mois de son usage journalier, j'assistai à une modification progressive de ses effets. Au lieu de me procurer le calme immédiat des commencements, je me sentais agité, réfractaire au sommeil, rêveur et visionnaire comme un vrai fumeur d'opium.

Cependant, comme le soulagement contre l'enchifrènement si redouté m'était toujours procuré, je supportais volontiers cette heure d'insomnie agréable.

Je continuai ainsi mes pulvérisations cocaïnées, pendant le mois de novembre et de décembre, sans noter aucun changement important.

Pensant qu'une dose moindre suffirait au but proposé, je la réduisis d'environ un quart. La durée de la période d'insomnie s'allongea, mais, une fois le sommeil venu, celui-ci restait parfaitement calme, profond et réparateur.

Vers le mois de janvier, je commençai à prendre goût aux effets consécutifs de ma pulvérisation et, la commençant de bonne heure le soir, je me mis à la répéter deux ou trois fois dans le courant de la soirée, jusqu'à ce qu'un de mes proches insinua que je ferais bien d'en être plus sobre et de m'abstenir d'en faire un usage immodéré.

Je n'avais caché à personne l'emploi que je faisais de la cocaïne et j'avais raconté à tout le monde, particulièrement à mes confrères, quel soulagement me procurait ce médicament, depuis combien de temps et combien de fois par jour j'y recourais.

Il ne me vint pas à l'idée, avant les quelques semaines qui précédèrent mon renoncement, que je contractais ainsi peu à peu un goût dangereux pour la cocaïne et, au mois de février, j'en discontinuai l'usage complètement pendant dix jours, histoire de prouver à mon entourage que je ne courais aucun danger de devenir un cocaïnomane.

Cependant, je ne tardai pas à trouver que ma respiration s'effectuait moins facilement, et je repris les pulvérisations.

Pendant les mois de mars et d'avril je n'en ressentis aucun « after effect » pathologique, à moins que l'on considère comme tel les deux ou trois heures d'insomnie que je passais à me retourner dans mon lit chaque soir.

Cependant je commençai à noter une diminution d'appétit à laquelle je n'attachai pas d'importance, étant coutumier du fait depuis quelques années.

Vers les premiers jour de mai, un accident de la vie vint assombrir grandement mon existence et me plonger dans le chagrin, dans la dépression et le découragement moral.

J'étais devenu indifférent à tout et faisais tout machinalement sans intérêt. C'est ici que la cocaïne développe tous ses charmes et vient prodiguer toutes ses consolations ; consolations fugaces, il est vrai, mais cependant consolations. Tous les soirs je me faisais jusqu'à quatre et cinq pulvérisations, chacune d'elles suivie d'une ou deux cigarettes.

Je passais des nuits blanches, mais délicieuses, plongé dans une exilarante extase.

Cependant mon appétit allait diminuant de plus en plus, en même temps que mon système nerveux se détraquait visiblement. On me conseilla de renoncer à la fumée, ce que je fis de suite et complètement pendant trois semaines.

En revanche, au bout de ce temps, j'eus la faiblesse de céder à ce à quoi j'avais résisté jusque-là, et je me pratiquais des pulvérisations dans le courant de la journée, alors que jusqu'ici je ne me les étais permises que le soir venu, comme régal.

Mais vers la fin de juillet, il y eut alors chez moi, pendant une quinzaine de jours, un véritable coup de passion pour la cocaïne.

Ayant eu le chagrin de perdre deux malades, je me sentis vers cette époque, ennuyé, anxieux, fatigué, surmené.

Après mes visites, et jusqu'à quatre ou cinq fois par jour, pour alléger le poids qui m'oppressait, je retournais au pulvérisateur, dont je m'offrais une tournée.

Après quoi, écroulé dans un fauteuil, la cigarette à la bouche, je me mettais à philosopher avec un calme et une indifférence merveilleux sur les tribulations de la vie, sur ses chagrins que je considérais avec une égalité d'âme surprenante, vraiment digne d'un quiétiste.

Moins de cinq minutes suffisaient pour amener cette métamorphose intellectuelle, en même temps que je me sentais envahi par une exquise sensation d'engourdissement

qui me montait des pieds vers la tête, enveloppait mon être tout entier, m'ouvrant des échappées vers le bonheur parfait où tout me paraissait brillant et charmant, noyant dans un ravissement de quelques minutes, mon troublé et mon anxiété.

Au bout d'une semaine de cette vie d'ivresse, je commençais à m'alarmer de cet état de choses.

Mes amis ne pouvaient s'expliquer mon agitation, mon indifférence, mon désintéressement pour eux et pour tout ce qui les touchait. J'étais comme étranger à leur conversation. Je leur assurais que c'était l'effet d'un peu trop de cocaïne et, après de faibles efforts pour plaisanter, je retombais en leur présence dans mon mutisme et ma rêverie.

Je remplissais, cependant bien les devoirs de ma profession mais machinalement. Une demi-heure après ces inhalations, j'étais de nouveau maître de moi.

J'éprouvais ordinairement un vif désir d'aller à la salle de bains, au bout d'un quart d'heure, mais je constatais, si je voulais me lever, que je déambulais avec une légère titubation.

Je n'éprouvais aucun désir de causer, mais je me sentais quelquefois en verve d'écrire. Mes productions examinées un peu plus tard et de sang-froid, témoignaient d'une certaine possession de moi-même et d'un talent moyen.

Pendant ces périodes d'ivresse cocaïnique, je notais une légère élévation de la température du corps et un peu d'accélération du cœur. Pas de nausées, pas de transpirations, une cérébration en apparence claire et active. L'engourdissement général ne durait guère que deux ou trois minutes.

Une demi-heure après une pulvérisation contenant 20 cgr. de cocaïne, j'étais revenu complètement à moi-même, ne conservant qu'exceptionnellement une céphalée légère que dissipait bientôt une petite dose de bromo-caféine.

Pendant ces quinze jours de félicité quasi parfaite, mon appétit alla encore en diminuant comme mon sommeil; je perdis en poids 5 livres.

J'évalue à 10 grains, en moyenne, la dose journalière de cocaïne absorbée. Le quantité n'était pas excessive et n'eût pas causé grand dommage, si je n'étais [pas resté sous son influence pendant assez longtemps.

Bien que, dès le commencement de la seconde semaine, j'eusse diminué certainement la dose, l'ivresse fut plus intense que pendant le septenaire précédent, ce qui démontre que les effets de la cocaïne sont accumulatifs.

En présence de ces preuves d'asservissement à l'usage de la cocaïne et du danger menaçant que couraient mon repos et ma santé, je décidai avec calme d'y renoncer, ce que je fis.

Aujourd'hui encore la tentation est quelquefois violente, mais je la repousse avec la parfaite confiance de n'y jamais plus céder.

La quantité totale de cocaïne employée pendant ces dix mois dépasse 600 grains.

Un fait qui ressort de mon expérience personnelle, c'est que la cocaïne doit être rangée parmi les anaphrodisiaques.

OBSERVATION II

(LÖWENBERG. *Bulletin Médical*, 1895, p. 353)

Mme X..., âgée de 20 ans, nous fut adressée il y a un an environ, pour un coryza hypertrophique, localisé surtout au cornet inférieur droit, et pour les suites d'une otite moyenne suppurée, fort ancienne, du même côté. Or, contre le coryza, on lui avait prescrit, antérieurement à notre intervention, de prendre trois prises par jour de la poudre suivante :

Chlorhydrate de cocaïne . . .	0,60 centigr.
Menthol	0,25
Sucre	8 grammes.

Formule très usitée et qu'on voit employée avec un dosage plus ou moins analogue dans un nombre de plus en plus

considérable d'affections intra-nasales de toute nature.

Riche et désœuvrée, ayant de plus, hérité d'une lourde tare psychique, la malade, qui avait vite pris goût à la sensation agréable produite par ce mélange, passa bientôt de l'usage indiqué à un abus immodéré. Au lieu de trois prises ordonnées par jour, elle en vint rapidement à user, en 24 heures, trois boîtes du médicament et à priser, par conséquent, quotidiennement 1 gr. 80 centigr. de chlorhydrate de cocaïne.

Les suites funestes de cette médication effrénée ne se firent pas attendre; bientôt, en effet, éclatèrent les troubles psychiques les plus graves : agitation extrême, insomnie persistante, hallucination de la vue et de l'ouïe, manie de persécution avec envie de tuer les personnes de son entourage et de se suicider, etc...

Comme troubles somatiques, il y eut des palpitations, de la gastralgie (sensation de brûlure de la région stomacale), de la sécheresse de la gorge et une anorexie absolue.

Les phénomènes-psychiques présentant une gravité extrême et un danger imminent pour la malade et pour son entourage, une intervention médicale énergique s'imposait. Nous passons sur les détails du traitement qui réussit, non sans peine, à dénouer une situation aussi grave. Quant à l'abus de l'alcaloïde lui-même, il fut victorieusement combattu de la façon suivante : comme la malade appréciait surtout l'effet des prises, à savoir l'agréable sensation de fraîcheur produite par le menthol sur la membrane de Schneider, on a pu, en augmentant graduellement la proportion de cette substance inoffensive, diminuer peu à peu celle de la cocaïne, sans que la malade s'en aperçût, pour arriver finalement à un simple mélange de sucre et de menthol. Aussi, petit à petit, l'état mental s'est amélioré et Mme X... peut être considérée depuis six mois environ, comme délivrée de sa cocaïnomanie.

OBSERVATION III

Løvenberg. — *Bulletin Médical*, 1895.

Mlle Y..., âgée de 23 ans, se présente à notre consultation le 19 mai 1888, pour une surdité de l'oreille droite. Considérant l'affection comme étant de nature sclérotique, partant comme rebelle à nos moyens actuels de thérapeutiques, je conseille à la malade de s'abstenir de tout traitement. Je la revois 18 mois après. Elle m'apprend qu'elle a été soignée pendant un certain temps à l'étranger. Je trouve non seulement l'ouïe du côté droit encore plus fortement diminuée, mais l'oreille gauche aussi sérieusement atteinte. Je lui conseille de nouveau, et avec plus d'insistance encore, de s'abstenir de tout traitement, et l'entrevue se serait bornée là si la personne qui accompagnait la malade n'avait attiré mon attention sur des troubles psychiques et physiques qu'elle avait notés depuis quelque temps chez Mlle Y... La jeune fille, d'une intelligence et d'une instruction remarquables et qui avait toujours été parfaitement équilibrée au point de vue mental, était devenue peu à peu mélancolique, apathique et très paresseuse d'esprit. La nutrition générale laissait beaucoup à désirer. Après avoir vainement cherché, par un examen méthodique des divers organes, la cause de tous ces désordres, j'apprends que la jeune personne aspirait depuis assez longtemps, d'après une prescription médicale, une solution de cocaïne dont je n'ai pu avoir la formule. La suppression immédiate de cette médication suffit à faire disparaître petit à petit tout phénomène de dépression psychique et d'amoindrissement intellectuel et ramena également la santé générale à l'état antérieur.

OBSERVATION IV

Due à l'obligeance de M. le professeur LANNOIS.

M. X..., 34 ans, a toujours été sujet aux coryzas depuis l'adolescence, mais cela s'est surtout aggravé depuis 5 à 6 ans. Il a des périodes d'obstruction nasale qui durent huit à dix jours de suite et qui reviennent, particulièrement au commencement de l'hiver et du printemps. Le début est souvent marqué par de l'éternuement spasmodique et de la rhinorrhée. Même lorsqu'il va bien il ne respire, le plus souvent que par une narine, tantôt l'une, tantôt l'autre (rhinite à bascule).

Il y a quatre ans, il a consulté un confrère spécialiste qui lui a fait trois ou quatre cautérisations; il a d'abord été soulagé, puis les accidents revenus, il s'est mis à faire dans son nez des applications de cocaïne, après avoir essayé de nombreux remèdes; il se sert d'une solution au 1/20 et 1 gramme de cocaïne lui fait rarement deux jours, car il fait des applications de six à huit fois par jour.

Celles-ci lui sont devenues nécessaires et il déclare ne pouvoir s'en passer, surtout de celle qu'il fait le soir avant de se coucher. L'examen de son nez montre, cependant qu'il y a là surtout une habitude; le nez est, en effet, étroit, comme celui des anciens adénoïdiens, mais la muqueuse est pâle, délavée, réagissant mal aux excitations et il n'y a pas de queues de cornet. Une série de pointes de feu un peu profondes venant aider un traitement de suggestion thérapeutique finissent par le faire renoncer à ses habitudes dont il est actuellement débarrassé.

En dehors de l'ennui qu'il éprouvait de se faire à chaque instant des applications intra-nasales, ce malade attribuait à la cocaïne une série de phénomènes désagréables, de la faiblesse relative et de la difficulté à monter les escaliers

sans dyspnée, des crises de palpitations et surtout de l'insomnie. Il avait aussi de la répugnance pour tous les efforts physiques ou intellectuels et de la difficulté à s'expliquer.

Il était de souche arthritique, avait toujours été assez nerveux, vivait un peu à l'écart. Peut-être aurait-on pu rattacher aussi à l'intoxication cocaïnique chronique, un état d'anémie assez marqué qui lui donnait l'aspect extérieur d'un aortique.

OBSERVATION V

Finkelburg, *Wereinbeilage des Deutschen med. Woch.*, 1895.

Il s'agit d'une dame de 35 ans, souffrant de crises prétendues nerveuses, d'éternuements, à laquelle un spécialiste ordonna de renifler fréquemment une poudre de chlorhydrate de cocaïne et d'amidon dans le rapport de 5 pour 100. Le résultat de cette prescription aussitôt exécutée, fut que, à la suite de l'absorption de cette poudre vingt ou trente fois par jour et souvent davantage, pendant sept mois, la malade finit par éprouver le besoin d'en prendre même après la disparition des éternuements. Une abstention de quelques heures suffisait pour produire des palpitations, de l'anxiété, des tendances à la syncope, jusqu'à ce qu'on recommençât à donner satisfaction nuit et jour au besoin manifesté. En même temps se manifestaient une irritabilité morale croissante, de la faiblesse intellectuelle, avec des absences intermittentes, des insomnies, des réminiscences, accompagnées d'hallucinations, des troubles douloureux de la sensibilité cutanée, une extraordinaire dilatation des pupilles et tendance aux cardialgies. La consommation de poudre à la cocaïne fut en secret ramenée à de plus faibles proportions. Le sevrage progressif fut compensé par des injections nasales d'acide salicylique, et par l'administration interne de la quinine avec abstention complète de vin. Les conséquences

douloureuses de la privation de la cocaïne furent : une aggravation dans les insomnies, des accès d'angoisse, des phénomènes cérébraux congestifs, de la diarrhée ; tout cet ensemble de symptômes diminua peu à peu. Le sevrage total dura cinq semaines, pendant lesquelles il y eut des périodes de calme ; il s'ensuivit un affaiblissement général, enfin disparurent les derniers phénomènes congestifs et la dilatation pupillaire.

OBSERVATION VI

Marfan. *Revue des maladies de l'enfance*, 1901.

M. Marfan ayant été appelé à soigner un enfant de 6 ans, atteint d'idiotie complète, apprit ce qui suit :

Huit ans auparavant, le père de l'enfant était venu à Paris pour faire soigner une rhinite hypertrophique qui gênait sa respiration. A plusieurs reprises un spécialiste lui cautérisa les cornets au galvano-cautère. Chaque séance fut précédée d'anesthésie cocaïnique. Après ces applications de cocaïne, le malade respirait bien mieux et éprouvait une sorte d'ivresse agréable.

Il chercha à se procurer de la cocaïne : il y parvint et, dès lors il s'introduisit dans le nez des quantités de plus en plus considérables de cette substance. Actuellement, sous des formes diverses, il absorbe par le nez près de 3 grammes de chlorhydrate de cocaïne chaque jour. Sous l'influence de l'intoxication, il est devenu obèse et il a éprouvé des troubles nerveux divers ; les plus saillants sont des hallucinations accompagnées de cris violents qui surviennent dès que le malade tombe dans la somnolence, ce qui lui arrive souvent. Il est donc devenu tout à fait incapable de travailler ; il marche peu, mange médiocrement, ne boit presque pas. Il prétend avoir essayé de supprimer sa funeste habitude, mais il affirme qu'à chaque essai son nez se bouche, qu'il ne peut

plus respirer et qu'il est obligé d'avoir, de nouveau, recours à la cocaïne.

Du côté de la mère aucune tare nerveuse, aucune intoxication. Le père, avant l'usage de la cocaïne, était seulement un homme vif, mobile, emporté; il n'appartient pas, de manière évidente, à une famille de névropathes. Le ménage a eu quatre enfants :

1° Une fille âgée de 13 ans, intelligente et bien portante ;
2° Une fille âgée de 8 ans, conçue deux mois après les opérations nasales, c'est-à-dire à l'époque où le cocaïnisme commençait à peine; cete petite fille est chétive, un peu pâle, mais très intelligente ; 3° Un fils âgé de 6 ans, conçu lorsque le cocaïnisme du père était déjà à son apogée ; c'est l'idiot complet pour lequel on est venu me demander conseil ; 4° Un dernier enfant âgé de 10 mois engendré aussi en plein cocaïnisme et qui est également idiot microcéphale.

OBSERVATION VII

Due à l'obligeance de M. Et. MARTIN

Elisa M..., 30 ans. Père âgé de 68 ans, mère de 60 ans, très bien portants. Un frère et deux sœurs bien portants, un mort de la fièvre typhoïde.

Elle est l'aînée de la famille. Une tante aurait eu des crises nerveuses. Jamais d'aliénés dans la famille, sauf un oncle qui a perdu la tête, lorsque le feu prit chez lui et est allé se jeter à l'eau.

Née à B..., elle a eu des convulsions dans l'enfance et a marché à 10 mois, réglée à 9 ans, très souvent, deux fois par mois. Tout enfant elle tombait raide et perdait connaissance. Pas de grandes maladies.

A 16 ans se marie avec un professeur. Elle a des crises et, cependant, au bout de 10 mois, elle met au monde un fils qui se porte bien. Deuxième grossesse : enfant mort à 7 mois.

Une troisième grossesse terminée par une fausse couche à 3 mois 1/2. A la suite, métrite et salpingite.

A ce moment elle exerce le métier d'artiste lyrique. Elle se met à voyager dans tous les pays. Etant à T..., en 1900, elle est victime d'agression de la part d'un Corse qui la frappe de 11 coups de couteau et la vole. Elle garde le lit 3 mois : agitation extrême, cauchemar, délire. On lui fait quelques piqûres de morphine pour la calmer, depuis, elle n'en a pas cessé l'emploi ; elle est arrivée rapidement à des doses considérables et y a joint, comme adjuvant indispensable, la cocaïne. Depuis ce moment, vie errante de malade. Elle va de ville en ville et d'hôpitaux en hôpitaux. C'est ainsi qu'elle est entrée, à plusieurs reprises, à l'Hôtel-Dieu de Lyon. La dernière fois elle y fut amenée par l'ambulance urbaine, avec la mention : a tenté de se suicider avec la morphine et la cocaïne.

A sa dernière sortie de l'Hôtel-Dieu, elle se trouve dans un dénuement tel qu'elle se trouve incapable de se procurer de la morphine et de la cocaïne. Sa détresse est si grande qu'elle essaie de voler pour satisfaire ses penchants, en s'y prenant de la façon suivante : elle s'introduisait dans les loges de concierge et, sous prétexte de fatigue, demandait à s'asseoir et à prendre un cordial ; pendant que la concierge disparaissait, elle s'emparait d'un objet quelconque qu'elle allait vendre pour se procurer de l'argent. Elle fut surprise un jour et conduite à la prison.

C'est une femme à tempérament hystérique, mythomane, qui raconte avec volubilité le roman de sa vie. Elle n'a pas à proprement parler de troubles mentaux, mais elle présente des crises d'agitation nocturne, des cauchemars, car on lui a supprimé brusquement la morphine. Elle est dans un état d'amaigrissement très marqué, avec refroidissement des extrémités, diarrhée, incontinence des matières et des urines. Son corps est couvert de tatouages par injections sous-cutanées. Il existe un abcès infecté au niveau de la jambe droite. Pas de troubles du côté du cœur ; l'appétit est conservé.

OBSERVATION VII

Un cas de cocaïnisme par PERCY-SMITH (*Journal of mental Science*)
1892

Dans ce cas, l'habitude de la cocaïne n'avait pas été consécutive à une tentative de substitution de la cocaïne à la morphine chez un morphinomane ; ici, la malade avait débuté par l'emploi modéré et thérapeutique de la cocaïne ; mais le remède a été pire que le mal, et la malade est arrivée jusqu'à l'extrême frontière de la folie. Elle avait d'ailleurs, été autrefois morphinomane, et le fait même qu'elle avait réussi à se corriger d'une première intoxication habituelle, n'a sans doute pas été sans influence sur la possibilité de sa deuxième guérison. La cocaïne paraissait cependant avoir pour elle encore plus de séduction que la morphine. Les hallucinations n'ont eu, chez cette malade, ni le caractère terrifiant qu'on leur attribue quelquefois, ni le caractère génital signalé par le Dr Conolly Norman, bien que la malade, après avoir débuté par des doses de 4 à 5 centigr. fût arrivée à prendre 1 gr. 50, de cocaïne en une seule fois.

La malade a été traitée dans un établissement spécial ; il est probable que, malgré sa force de volonté, elle n'aurait pas réussi à se guérir chez elle.

OBSERVATION VIII

SOLLIER. — Bull. et Mém. Société médicale des Hôpitaux de Paris 1894.

Le malade dont il s'agit est un confrère qui a rédigé lui-même son observation jusqu'au moment où il a commencé son traitement. Voici comment il raconte son histoire.

« Début de la morphinomanie en février ou mars 1885, à l'âge de 30 ans Causes : Gastralgie, ennui. Arrive à 1 gr. 20, 1 gr. 50, et, sans graduation sensible, à 2 gr. Apparition des premiers abcès en 1889. Un accident — une amaurose du côté droit — me donna quelque inquiétude.

Ce fut alors que je lus dans un journal de médecine un article sur la cocaïne, que l'on présentait comme une substance que l'on pouvait avantageusement substituer à la morphine. J'en fis quelques piqûres, 1, 2, 3 centigr. séparément, puis à la fois. Les premiers essais ne furent pas heureux ; j'éprouvais une sorte d'ataxie, de la dysurie, de la diarrhée et j'étais obligé de revenir à la morphine pour combattre ces accidents.

Après avoir cessé pendant quelques semaines, je repris l'usage de la cocaïne, en le combinant avec des piqûres de morphine que je faisais dans les mêmes points. Je constatai que ces dernières déterminaient alors une vive rougeur dans toute la région avec prurit intense. Ces vives démangeaisons donnèrent lieu à une première conception hypocondriaque. J'eus l'idée que les abcès avaient pu servir de porte d'entrée au sarcopte de la gale, et je les fouillai avec des pinces pour y rechercher l'acarus à l'aide de loupes et du microscope. Ce prurit se généralisa bientôt et l'apparition aux poignets de quelques vésicules, sans le sillon caractéristique et de quelques papules de prurigo, ne firent que me confirmer dans cette voie. Plus tard, je crus que quelques-uns de ces abcès s'enkystaient et que leurs parois prenaient des formes particulières, présentant certaine symétrie. J'eus aussi de vives appréhensions sur la contagion possible de ce parasite. Il me semblait que les personnes qui m'approchaient éprouvaient les mêmes démangeaisons que moi. Lorsque je voyais quelqu'un se gratter la main ou le poignet, je m'imaginai que ce prurit s'était communiqué par propagation de voisinage, ou par contact immédiat dans un serrement de main, par exemple.

J'augmentai tout de suite et sensiblement les doses de

cocaïne, diminuant la morphine en sens inverse. Je ne tardais pas à éprouver des hallucinations : 1^o de l'odorat ; 2^o de l'ouïe et 3^o de la vue. Les premières furent passagères : il me semblait qu'une odeur, par moment très pénétrante, surtout après les piqûres de cocaïne, se dégageait de toute ma personne. J'eus, en même temps, un certain degré de perversion du goût, mes goûts se portant de préférence sur des aliments que je n'aimais pas. De plus, je trouvais des goûts bizarres, de tabac, de plâtre, etc., à tous les plats qui m'étaient servis.

Les hallucinations de l'ouïe et de la vue, après quelques variations, finirent par se systématiser dans des formes bien déterminées. Les voix que j'entendais semblaient partir de certains points, toujours les mêmes, dans les différentes pièces de la maison, de ma chambre à coucher, de la ruelle ou du ciel de lit, ailleurs, des cheminées. Le sens de ces hallucinations ne variait pas. On me suggérait l'idée de renoncer à l'usage de la cocaïne, me menaçant de la folie, si je continuais l'usage de ce poison. Les sensations produites par les piqûres de cocaïne présentent cette particularité qu'elles n'assouissent pas, comme celles de morphine, un besoin artificiel. Il semble qu'il existe, au-delà de la sensation agréable que vous procure l'injection de cocaïne, quelque chose de plus parfait, de plus raffiné, ce qui nous entraîne à multiplier à l'infini le nombre des injections.

J'arrivai de la sorte à m'introduire chaque jour, sous la peau, 2 grammes, 2 grammes 50 et jusqu'à plus de 3 grammes, sans peser le médicament.

Voici maintenant les hallucinations de la vue :

« Je voyais, tout d'abord, onduler les couvertures de mon lit, puis les dessins de la tapisserie prendre des formes variées : c'étaient des hommes revêtus de costumes d'une autre époque se livrant à des séries de mouvements combinés ; par exemple, ces mouvements s'accroissaient à chaque piqûre, et il arrivait souvent que ces hommes se roulaient par terre comme en proie à des convulsions qui auraient eu la cocaïne

pour cause. Parfois, mais plus rarement, c'étaient des scènes érotiques sans qu'il y eût excitation des sens. Tous ces accidents cessaient dans l'intervalle des séances de piqûres. Il me restait alors une sorte d'ataxie, de mobilité des muscles de la face qui me faisaient un visage grimaçant. J'étais devenu insociable, attribuant à des manœuvres de mes amis ou de personnes s'intéressant à moi, la série des hallucinations que j'éprouvais.

« Accidents du côté de la digestion : appétit irrégulier, parfois faim très vive, puis anorexie complète ; vomissements très abondants de matières alimentaires et parfois d'une quantité de liquide mélangé de bile ; diarrhée passagère.

« Sensibilité : anesthésie d'abord localisée à la région des piqûres, puis généralisée.

« Mobilité : indépendamment des mouvements involontaires des muscles du visage, incoordination des mouvements surtout des jambes ; difficulté de la locomotion ; perte de l'équilibre dans les conversions de pied ferme et surtout dans la marche qui est rendue plus pénible par les abcès.

« A deux reprises, des injections de cocaïne furent suivies de convulsions des bras et des jambes et d'une incoordination générale des mouvements. Chacune de ces crises dura environ un quart d'heure.

« L'abus de la cocaïne occasionna de la dysurie spasmodique. L'urine devint spumeuse et dégageait rapidement une forte odeur ammoniacale. Par moment la même odeur se dégageait des abcès, sans qu'il y eut contact de l'urine.

« Il y a environ six mois, j'eus une paralysie des extenseurs et, à un moindre degré, des fléchisseurs de la main droite ; impossibilité d'écrire et de tenir un objet quelconque dans la main. Cela dura trois semaines.

« Les troubles hallucinatoires s'aggravèrent dans les derniers mois et m'amènèrent à croire que toutes les personnes qui m'approchaient pouvaient lire sur mon visage mes impressions et mes idées. Ces illusions étaient favorisées par la coïncidence de certains propos tenus dans mon entourage,

propos auxquels j'attribuais une importance qu'ils ne comportaient pas. Enfin, le découragement et la démoralisation étaient augmentés par certaines idées fausses puisées dans la lecture de journaux de médecine. Certains articles sur le morphinisme et son traitement affirmaient l'incurabilité de la maladie quand elle se compliquait de cocaïnisme. C'est avec cette conviction erronée que je me soumis, sans aucune confiance, au traitement par suppression rapide. La cocaïne n'a paru jouer aucun rôle dans les accidents de suppression. Elle m'avait permis de réduire la morphine à la dose de 25 à 30 centigrammes par jour ».

C'est dans ces conditions qu'il vint se faire traiter par moi, le 21 septembre 1893.

A son arrivée, il se soutenait à peine, et porté dans son lit, il tomba aussitôt dans un état de torpeur et d'abrutissement profond. Depuis plusieurs semaines, il ne quitte pas le lit, reste quelquefois douze heures et plus dans une sorte d'état semi-comateux, et passe souvent 24 et 48 heures sans prendre aucun aliment. Son aspect est celui d'un ivrogne à la dernière phase de l'ivresse. Très amaigri, il est littéralement recouvert d'abcès sur le torse, les bras et les cuisses, et il est difficile de trouver une seule place pour faire une injection, sauf à la face interne des avants-bras. Certains de ces abcès sont en voie de formation, d'autres à vif ou recouverts d'une croûte pustuleuse. Il est incapable de se tenir debout, répond à peine aux questions qu'on lui pose. Les yeux fermés, pelotonné sur lui-même, dans son lit, il est pris de temps à autre de secousses généralisées; il est dans un état d'assoupissement d'où il est difficile de le tirer, même en le secouant assez fort. Cauchemars, hallucinations. Il a pris sa dernière injection de cocaïne à 5 heures du soir, et de morphine à 3 heures.

Dès la première nuit, je supprime complètement les injections de cocaïne, et j'attends le matin pour administrer la morphine.

Dès le 23 septembre, disparition des hallucinations, par la

suppression de la cocaïne, suppression qui n'a paru déterminer absolument aucun phénomène ni douloureux, ni autre.

.Diminution progressive de la morphine jusqu'à suppression complète, après six jours.

Le 10 octobre, il écrit une lettre dont je détache ce passage caractéristique au point de vue de son état mental : « D'autant plus que, plus le temps marche, plus mes idées s'éveillent, prennent consistance, se dégagent de la brume dans laquelle je m'étais momifié... Mais, en même temps que le reste, la raison et l'énergie reviennent. Dans le jour, je n'ai plus l'ombre d'appétence pour la morphine, mais la nuit, la volonté fléchit et résisterais-je aux attrait d'un soulagement immédiat ? Pas l'ombre d'un narcotique ne m'est accordé par M. Sollier, dont je maudis la ténacité implacable à mes moments de déraillement, mais dont je ne saurais méconnaître la raison lorsque la réflexion se fait jour à travers mon individu... Je sors enfin de la coque de cet escargot peu sympathique que j'étais, mes sentiments affectifs reviennent drus, impérieux et je me sors de la pétrification que je me sens briser ».

Augmentation de 23 livres sur ce qu'il était après la suppression.

OBSERVATION IX

Dr E. CHAMBARD. — Asile de Ville-Evrard.

Mme L. . . . âgée de 30 ans, est une névropathe héréditaire, sans aucun stigmate de dégénérescence.

Sa physionomie est vive, intelligente, spirituelle ; elle a, comme elle le dit, elle-même de sa sœur, la beauté du diable. Ses antécédents héréditaires sont peu chargés du côté paternel : son père, ancien capitaine, est mort à 56 ans, d'une affection cardiaque. La mère, âgée de 60 ans, a eu, il y

a dix ans, à la suite d'une peur, une attaque convulsive. Un frère bien portant; deux sœurs, dont l'une est quasi idiote, épileptique et paralytique.

C'est en 1883, que Mme L..., souffrant d'une cystite douloureuse, se fit, sur le conseil de son mari, médecin militaire, sa première injection de morphine; depuis, elle continua par habitude et par goût. Comme sa famille menaçait de la placer dans une maison de santé, elle résolut de renoncer à la morphine et, sur le malencontreux conseil de son mari, se traita par la cocaïne.

Les résultats de cette malencontreuse thérapeutique ne se firent pas longtemps attendre. Au mois d'août 1887, elle s'injectait chaque jour un gramme de chlorhydrate de morphine et 50 centigrammes de chlorhydrate de cocaïne. Dès lors, morphine et cocaïne devinrent pour elle aussi nécessaires l'une que l'autre.

Pour s'en procurer, elle fabriquait de fausses ordonnances qu'elle signait du nom de son mari, et, non contente de se piquer chez elle plusieurs fois par jour, elle le faisait encore en pleine rue ou dans les latrines publiques. Bientôt son caractère changeait et apparurent des idées de persécution. « Après trois mois de ce régime, dit le Dr Riu dans son certificat de placement, la malade manifesta des idées de persécution; elle prétendait que sa belle-mère et ses domestiques s'entendaient pour la surveiller, que ses parents correspondaient entre eux, à son sujet, au moyen des journaux; elle attribuait aux moindres bruits, aux gestes les plus insignifiants, une signification injurieuse et menaçante et manifestait des illusions et des hallucinations de la vue et de l'ouïe. Enfin, elle s'excita, se rendit insupportable, proféra des menaces de vengeance et on la surprit se levant la nuit pour aller sonner à la porte des pharmaciens pendant que les personnes de la maison goûtaient un instant de repos ».

OBSERVATION X

Résumée

SAURY, *Arch, médico-psycho.*, 1889-439

M. V..., négociant, 48 ans; n'a pas été équilibré au point de vue mental; il offre des stigmates physiques et psychiques de dégénérescence. En 1876, il eut recours aux piqûres de morphine, pour calmer des coliques néphrétiques. Les douleurs disparues, il cessa la pratique des injections pour s'y adonner définitivement deux ans après, au cours d'une phase de dépression mélancolique avec idées de suicide. Au début, il trouva dans la morphine la tranquillité d'esprit qui lui faisait normalement défaut; plus tard, au contraire, il n'en poursuivit l'usage que par habitude acquise, sans d'autre résultat fâcheux qu'une appétence de plus en plus impérieuse pour le médicament; jamais d'ailleurs plus de 30 cent. par jour.

Toutefois, en 1886, après un essai infructueux de suppression graduelle, M. V..., encouragé à renouveler sa tentative, crut pouvoir trouver dans la cocaïne la guérison qu'il recherchait. Les premières injections, prises irrégulièrement, n'eurent pas de conséquences bien appréciables; mais, au bout de quelques semaines, la dose quotidienne de cocaïne ayant dépassé 50 centigr. pour être bientôt élevée à un gramme, des phénomènes typiques dans l'espèce ne tardèrent pas à se montrer.

Tout d'abord de simples poussées d'exaltation fonctionnelle: loquacité, bonne humeur, besoins d'exercice corporel, aptitude plus grande au travail, excitation génésique, puis apparaissent de véritables désordres de la motilité et surtout de la sensibilité générale et spéciale: secousses musculaires, crampes dans les jambes, fourmillements aux extrémités, « sensation de la luette qui tombe et obstrue la

gorge » ; langue pâteuse, comme épaissie, d'où le malade croira souvent retirer « de tout petits vers noirs ». Une fois il voit se déplacer, dans un rapide mouvement d'ascension et de descente, un vide-poche accroché au mur de sa chambre. En d'autres circonstances, il est réveillé par des bruits de « toc-toc », qu'il qualifie d'inquiétants.

Il importe de noter qu'à cette époque, M. V... ne commettait aucun excès de boissons, n'usant de vin qu'aux repas ; pas d'eau-de-vie ni de liqueurs. Du reste ces premiers incidents disparurent avec la suppression de la cocaïne, malgré la continuation de la morphine à la dose quotidienne de 50 centigr. et plus pendant toute la période d'abstinence cocaïnique.

Six mois après, reprise de la cocaïne portée successivement aux doses de 1 gramme, 1 gr. 50 et 2 gr. par jour, et diminution parallèle de la morphine. Au bout de trois mois de ce régime, réapparition des troubles que je viens de décrire, mais plus actifs et plus variés. Ils rappellent, avec moins de vivacité et de diffusion, ceux du délire alcoolique.

M. V... aperçoit des ombres mouvantes se projeter sur les murs ; des mains invisibles le frappent dans le dos, sur les épaules ; la nuit, ses meubles sont bouleversés par des malfaiteurs inconnus.

Un jour, il se trouve assailli par un essaim d'abeilles, elles voltigent autour de lui ; ses vêtements en sont couverts ; il les voit, les touche, les écrase, mais (détail à signaler) il ne ressent aucune piquûre ; il n'entend aucun bourdonnement ; enfin, l'essaim disparaît subitement et M. V... reconnaît qu'il a été le jouet d'hallucination, car il ne retrouve aucune trace des abeilles qu'il était, cependant, convaincu d'avoir écrasées dans cette lutte singulière. Une autre fois, c'est une tortue qui le croise sur sa route et qui se met à le suivre, gesticulant avec ses pattes, comme pour l'inviter à se lancer dans un précipice voisin.

A mesure que la quantité de cocaïne augmente, les troubles sensoriels (illusions et hallucinations) tendent à s'imposer

d'une façon continue ; en même temps, les interprétations délirantes s'accusent. Bientôt M. V..., n'a plus de repos ; on le poursuit, on le nargue ; il se plaint de saveurs désagréables ; on lui fait respirer « des gaz pour le rendre fou » ; son corps se bouche et se recouvre de vermine, etc. Enfin, il est pris d'un véritable accès maniaque, d'un délire diffus avec mélange d'idées ambitieuses et de persécution.

OBSERVATION XI

(Résumée)

M. T..., 44 ans, pharmacien, n'accuse aucun antécédent morbide de son hérédité ; comme dispositions personnelles, il convient de noter, seulement, des accès fréquents de migraine et de coliques hépatiques, qu'il traite depuis 1884. par des injections sous-cutanées de chlorhydrate de morphine, à la dose de 40 à 50 centigrammes par jour. En même temps qu'elle calmait ses crises douloureuses, la morphine, dit-il, lui servait de « stimulant cérébral » ; il n'en éprouvait d'ailleurs, aucun effet nuisible.

En 1887, substitution de la cocaïne à la morphine, ou plutôt emploi simultané des deux alcaloïdes. La cocaïne procura, d'abord, une impression favorable : M. T... se sentait plus vigoureux, plus apte au travail intellectuel. Mais quelques semaines après, l'agitation remplaçait le bien-être, et bientôt des mouvements convulsifs partiels, des soubresauts musculaires troublaient le repos du malade jusque dans le sommeil.

Au commencement d'avril 1888, après une nuit de surmenage cérébral, durant laquelle M. T... avait absorbé (toujours par voie hypodermique) environ 2 grammes de cocaïne et 20 centigrammes de morphine, il tomba, brusquement frappé d'une attaque épileptique : cris, perte absolue de connaissance, convulsions tonique et clonique (face et

membres), écume à la bouche, râle trachéal. Le malade peut se relever au bout d'une demi-heure, mais en état d'amnésie complète sur l'accident qui vient de se produire.

Quatre attaques de même nature et de même forme sont notées d'avril à juillet.

Dans le courant de ce dernier mois, apparition d'idées hypochondriaques avec troubles accusés de la sensibilité générale : M. T... croit être envahi par la vermine ; il prétend que l'air qu'il respire, le linge et les vêtements qu'il porte, tous les objets qui l'entourent, sont infectés « par les microbes » ; tourmenté par une sorte de prurit continu, il s'écorche la peau et fouillant au fond de la plaie, il en retire les prétendus microbes avec l'ongle ou la pointe d'une épingle.

Telle était la situation de M. T..., au mois d'octobre 1888. Il prenait alors quotidiennement 60 centigrammes de cocaïne et 10 centigrammes de morphine. Une guérison rapide a été obtenue, après un mois de traitement, par la diminution progressive.

OBSERTATION XII

(Résumée)

M. H..., 39 ans, médecin, s'est injecté de la morphine durant 15 années, pour combattre des céphalalgies rebelles, sans accuser d'accidents imputables à ce long abus. En 1887 il chercha à se débarrasser de la morphine en lui substituant la cocaïne ; il parvint à réduire ainsi notablement la dose quotidienne de morphine et même à n'user de cette substance que de façon irrégulière, mais pour élever la quantité de cocaïne jusqu'à 2 et 3 grammes par jour. C'est à l'influence de ce nouveau régime qu'il faut certainement rapporter les troubles physiques et intellectuels que nous constatons chez ce malade en décembre 1888.

M. H. . . . se présente dans un état cachectique assez prononcé: Depuis plus d'un an qu'il a commencé l'emploi de la cocaïne, il a perdu l'appétit et le sommeil; il est devenu d'une irritabilité excessive, des hallucinations de la vue, de l'ouïe et de l'odorat, des troubles de la sensibilité générale contribuent puissamment à le préoccuper. Il aperçoit des figures qui s'allongent, des têtes qui augmentent de volume, souvent tous les objets perdent leurs contours réels, des bourdonnements, des sons de cloches, des voix qui l'interpellent, le tiennent d'autant plus en éveil que les désordres sensoriels ont suscité des interprétations délirantes pénibles.

Mais le malaise le plus caractéristique et le mieux établi consiste encore dans une sensation désagréable qui s'impose presque en permanence et qui oblige le malade à se déchirer avec les ongles la peau du front et des avant-bras, à râcler sa langue pour enlever les corpuscules qui le gênent et qu'il considère comme des « cristaux de cocaïne » éliminés par transsudation.

Crampes, fourmillements, plaques d'anesthésie autour des piqûres, obscurcissement visuel:

A noter aussi, comme phénomène du début, l'activité cérébrale, le besoin exagéré de mouvements consécutifs aux premières injections de cocaïne. Cet état d'exaltation contraste avec les troubles dépressifs qui surviennent à une période plus avancée de l'intoxication; l'amaigrissement, la perte des forces physiques et intellectuelles ne tardent pas à remplacer une vigueur factice et passagère.

OBSERVATION XIII

(Dr E. Chambard. Asile de Cadillac)

C. étudiant en pharmacie, contracta ses habitudes de morphinomanie au service militaire à la suite d'une orchite traumatique. A sa libération il tenta de substituer la cocaïne

à la morphine, mais il ne tarda pas à s'apercevoir que la cocaïne, tout en lui devenant nécessaire, ne remplaçait nullement la morphine dont la privation se faisait vivement sentir. A la suite d'une déception amoureuse, il augmenta les doses et se morphinisa et se cocaïnisait sans compter.

C'est alors qu'apparurent les premiers troubles psycho-sensoriels déterminés par la cocaïne. Ils débutèrent par des hallucinations de la vue survenant à la tombée de la nuit ; au trou de la serrure, sous la fenêtre, un œil, une ombre indistincte se montraient. Peu après, se manifestèrent des illusions de l'ouïe : chuchotements et paroles incompréhensibles. Presque en même temps, des illusions du toucher et de la sensibilité générale. A ces troubles sensoriels se joignirent, presque aussitôt, des idées vagues de persécution : il semblait au malade qu'on le regardait, qu'on s'occupait de lui, etc.

Il se soumet une première fois à un traitement. Peu de temps après, nouvelle récurrence, et il remonte à un gramme de morphine et 3 grammes de cocaïne. Accusé de vol par son patron, qui voyait avec désespoir, baisser le contenu de son flacon de cocaïne, sans que le niveau de sa caisse s'élevât d'autant, il lui avoua ses habitudes. Chassé de toutes les pharmacies pour sa paresse, sa mauvaise tenue et, probablement aussi, ses fréquents emprunts à l'armoire aux poisons, C... vint tenter fortune à Bordeaux.

Les hallucinations, les illusions qui, jusque-là, n'avaient été qu'accidentelles et isolées, se multiplièrent ; les objets qui entouraient le malade : chaises, vêtements pendus au mur, tentures, prenaient des formes d'animaux fantastiques. Les accidents du mur étaient autant de trous par lesquels on l'épiait et qu'il bouchait avec soin. Dans la rue, les passants le nommaient, parlaient de lui. Ces voix qu'il entendait, parlaient généralement bas, mais d'une manière très distincte. Ces hallucinations de la vue et de l'ouïe ont valu à C... une mésaventure bien plaisante. Un jour qu'il passait, le ventre et la bourse vides, devant l'un des

principaux cafés de Bordeaux, une voix, celle de son meilleur ami, lui dit à l'oreille : « J'ai pitié de toi : entre là, ton chocolat est payé ». Il vit un consommateur qui lui faisait amicalement signe de s'asseoir à une table. Sans hésiter, il entre, se fit servir une tasse de chocolat, la but et, après avoir remercié les consommateurs ébahis, se disposait à partir, lorsque, à sa grande surprise, on lui réclama le prix de sa consommation. Trop heureux de n'être pas arrêté pour grivèlerie, il dut laisser en gage un beau couteau de poche auquel il tenait beaucoup.

Pas d'hallucinations de la sensibilité génitale, bien au contraire, frigidité presque absolue. A son arrivée à Bordeaux, il alla voir une ancienne maîtresse ; cette femme le reçut à bras ouverts, l'hébergea plusieurs jours. Il lui fit quelques caresses « par amour-propre », mais bien qu'elle fût jolie, aimable et toute disposée au bon souper et au bon gîte, à joindre « le reste » il ne put venir à bout de lui donner les marques de gratitude auxquelles elle avait droit.

Continuellement poursuivi par des hallucinations de cette nature, C..., bien que d'un naturel très doux et même un peu poltron, devint sinon dangereux, au moins bruyant et incommodé. Une fois déjà, se promenant au milieu de la nuit, il avait cherché querelle à quatre hommes qui s'obstinaient à diriger sur lui des rayons de lanternes dont ils étaient munis et s'était attiré, de leur part, une correction magistrale. Le jour de son arrestation, enfin, il entra dans un hôtel, se mit au lit et, les hallucinations redoublant, s'imagina qu'on l'empêchait de se piquer, qu'on lui dérobait sa cocaïne. Exaspéré, il se leva en vociférant, enfonça une porte à coups de pied et fit un tel vacarme qu'il attira les gens de l'hôtel qui le firent arrêter. C'est ainsi qu'il fut amené à l'asile des aliénés de Cadillac.

CHAPITRE V

Réflexions et pronostic

De ces diverses observations de cocaïnisme chronique, nous devons tirer quelques conclusions. Tout d'abord, nous sommes frappés et, en ceci, nous sommes d'accord avec M. Lœvenberg que, chez aucun des cocaïnomanes qui présentent la cocaïne, sauf peut-être chez le malade de Finkelnburg (Obs. IV), on ne trouve les démangeaisons cutanées, les sensations de corps étrangers sous la peau qui tourmentent si souvent les cocaïnomanes et sur lesquelles avaient insisté M. Magnan.

Voici, à ce sujet, ce que nous communique le Dr Sollier, dont l'opinion est basée sur 120 observations environ de morphino-cocaïnomanes et une quinzaine de cocaïnomanes purs : « Si les hallucinations tactilo-visuelles sont possibles, je ne les ai jamais rencontrées chez les cocaïnomanes par voie

nasale et je crois que cela tient à ce que l'intoxication, dans ce cas, est toujours moins profonde que par injections, même quand on prend, comme je l'ai vu, des doses de 10 à 20 grammes de cocaïne dans la journée qui font tomber ivre-mort ». C'est dire par là que l'intoxication par voie nasale est toujours moins grave que par injections sous-cutanées.

Le pronostic de la cocaïnomanie est subordonné à un très grand nombre de conditions qui sont, à la fois, intrinsèques et extrinsèques au malade et dépendent, les unes, des caractères de l'intoxication, les autres de l'individualité de l'intoxiqué. Si l'intoxication est récente et si les doses atteintes ne sont pas trop élevées, si l'intoxiqué est exempt de tares héréditaires trop fortes; s'il est jeune, bien constitué, assez intelligent pour vouloir à tout prix guérir, assez volontaire pour consentir aux souffrances nécessaires, le pronostic est aussi bon que possible, et la récurrence elle-même, pourvu que le malade sache la prévenir, présente son minimum de probabilité. Bien plus, le cocaïnomanie peut alors, s'il n'a pas dépassé quelques centigrammes, voire même quelques décigrammes de poison, se débarrasser lui-même de son habitude vicieuse sans attirer sur elle l'attention de ses proches. Dans les conditions opposées, la guérison est encore possible, certaine même, sauf le cas de cachexie trop avancée, pourvu que l'on recoure à la mesure indispensable de l'internement. Mais la récurrence est à craindre.

La récurrence est, en effet, la pierre d'achoppement du traitement de la cocaïnomanie, le grand point

noir, le danger de cette affection ; elle est d'autant plus à redouter que le malade est plus entaché de tares héréditaires, qu'il est moins intelligent, à moins de volonté, que son intoxication est plus ancienne et que les rechutes antérieures sont plus nombreuses ; elle est d'autant plus à craindre aussi, que le malade, une fois la guérison obtenue, est moins occupé et placé dans un milieu moins actif, moins intelligent, moins honnête. Elle est probable si, ainsi héréditairement et constitutionnellement prédisposé, ainsi entouré, il exerce une profession qui lui permette de se procurer facilement de la cocaïne et se trouve en contact avec des cocaïnomanes. A chaque rechute, l'habitude devient plus tenace, la progression des doses plus rapide, la guérison définitive plus problématique et moins durable.

CHAPITRE VI

Médecine légale.

Il serait bien étrange qu'une intoxication qui produit des troubles psychiques aussi accusés portant, surtout sur les facultés affectives et morales, sur le caractère, en un mot, des sujets dégénérés pour la plupart et prédisposés, à ce titre, aux délires, aux excès de toute sorte, à l'alcoolisme surtout, ne s'accompagne pas souvent de manifestations délictueuses et que l'un des chapitres d'une histoire de la cocaïnomanie ne dût pas être consacré aux méfaits et à l'incapacité civile des cocaïnomanes ne fût pas, par conséquent, un chapitre de médecine légale.

Il en est ainsi en réalité ; aussi, depuis que la cocaïnomanie ou la morphino-cocaïnomanie est devenue à la mode, le médecin peut-il être appelé à se prononcer sur l'état mental, le degré de responsabilité et la capacité des sujets adonnés à cette funeste habitude.

Parmi les délits dont se rendent coupables les cocaïnomanes privés de cocaïne, les attentats contre la propriété sont les plus fréquents ; ils ont presque toujours pour objet de se procurer le poison indispensable à l'existence du malade. Les uns commettent de véritable faux en fabriquant des ordonnances contre lesquelles les pharmaciens, plus ou moins dupes de cette supercherie, leur délivrent de la cocaïne. C'est ainsi que Mme L... rédigeait de fausses ordonnances qu'elle signait du nom de son mari, médecin militaire.

C... notre étudiant en pharmacie de l'Obs.XIII pouvait à la rigueur se passer de pain, mais pas de morphine ni de cocaïne. Ces drogues sont chères : s'en procurer à tout prix était sa seule étude ; en manquer sa seule crainte. Aussi recourait-il, pour en obtenir, à des moyens qui, pour être ingénieux, n'en étaient pas moins peu licites. Tantôt, muni d'une fausse ordonnance médicale, il s'en faisait délivrer, comme pharmacien, avec forte remise ; tantôt, exhibant son diplôme, il s'en faisait donner gratis une petite quantité pour traiter une petite névralgie imaginaire ; il lui arriva même, dans une pharmacie où il se présentait comme élève, de dérober un flacon de cocaïne d'une trentaine de grammes qui se trouvait à sa portée. En possession de la précieuse drogue, il entra dans la première maison venue, demandant au concierge un peu d'eau, y jetait à vue lenez une certaine quantité de sel et se faisait hâtivement, furieusement, la quantité de piqûres nécessaire pour mettre terme à son mal.

Beaucoup plus graves sont les vols, parmi lesquels les vols dans les magasins et aux étalages sont les plus fréquents. Rappelons ici l'ingénieux procédé de notre artiste lyrique de l'Obs. VII qui entrait dans les loges de concierge, sous prétexte d'un malaise subit et demandait à prendre un cordial ; pendant que la concierge disparaissait, elle s'emparait d'un objet quelconque qu'elle allait vendre pour se procurer de l'argent.

Les actes délictueux dont peut se rendre coupable le morphino-cocaïnomanie sont sous la dépendance, non seulement de l'excitation qui accompagne la période euphorique, de la double intoxication à laquelle il s'expose et des souffrances doublement pénibles que détermine la privation des deux agents toxiques, mais encore du véritable délire psychosensoriel que nous avons vu survenir fatalement, avec son caractère éminemment dépressif, avec ses idées hypochondriaques et de persécution à une période un peu avancée de l'intoxication.

Aussi les morphino-cocaïnomanes sont-ils dangereux à la manière des alcooliques hallucinés et persécutés.

Nous avons vu sous cette influence toxique C., homme très doux, timide même, attaquer des rôdeurs de nuit et se faire assommer par eux, puis démolir la porte de sa chambre derrière laquelle se trouvaient des ennemis imaginaires. Ce ne sont encore que des violences légères, mais il est des cas où le délire de ces malades peut avoir des conséquences irréparables.

Une bien triste histoire que tout le monde ici connaît nous en fournit la preuve : C'est celle du malheureux Dr X... dont les journaux ont été remplis, il y a une quinzaine d'années. Quelle surprise, lorsqu'on apprit un beau jour que, fou de jalousie, très certainement sans motifs, saturé de morphine et de cocaïne, il avait tué à coups de revolver sa jeune femme, s'était ensuite suicidé et avait succombé à l'Hôtel-Dieu, après une agonie de plusieurs jours pendant laquelle il n'avait cessé de réclamer à grands cris des piqûres ! La veille du drame, il avait adressé à un grand journal de Paris, qui l'avait publiée, une longue lettre marquée du sceau de la folie, dans laquelle il formulait contre sa victime, et quelques-uns de ses parents, ses griefs imaginaires et annonçait sa funeste résolution.

Si le malheureux X... n'avait pas succombé à ses blessures, l'aurait-on déclaré responsable de son attentat ? Non, certainement, pas plus que l'alcoolique persécuté qui, lui aussi, peut tuer sous l'influence d'une jalousie pathologique ; mais il eût fallu l'interner, le guérir, ne le relâcher que sur la certitude d'une guérison sérieuse, le soumettre au dehors à une surveillance intelligente et discrète, mais efficace, et le réintégrer à la moindre menace de récidive.

Il n'est pas douteux non plus que, pour l'artiste lyrique de l'Obs. VII ou l'étudiant en pharmacie C... qui volent pour se procurer de la cocaïne, c'est justice de conclure à une responsabilité atténuée. Il est évident, en effet, qu'un cocaïnomane, héréditai-

rement ou non, atteint dans l'équilibre de ses facultés intellectuelles et morales, doué de peu de jugement, de peu de volonté et enchaîné à une habitude invétérée, ne saurait guère être tenu plus coupable d'avoir cédé aux tortures d'une privation longtemps prolongée que le serait, en bonne justice, un malheureux qui, mourant de faim, aurait volé un petit pain chez le boulanger.

Quelle est la capacité civile des cocaïnomanes ? Pas plus que l'alcoolisme, la cocaïnomanie n'est en elle-même, une cause d'incapacité civile ; mais, si l'état mental qu'elle détermine ôte au cocaïnomane l'aptitude à se diriger et l'expose à des captations dangereuses pour ses intérêts ; il peut y avoir lieu de prendre à son égard des mesures conservatoires et, selon que les troubles intellectuels sont plus ou moins prononcés, qu'ils se rapprochent de la démence ou de la simple débilité mentale, de prononcer son interdiction, comme pour un aliéné, ou de le pourvoir, comme un prodigue ou un débile, d'un conseil judiciaire.

CHAPITRE VII

Traitement

« Quiconque veut atteindre un résultat durable et éviter toute récédive doit envoyer ses malades durant 4 à 6 mois dans un établissement fermé, où ils sont privés de leur liberté durant tout leur séjour, et placés sous la direction et la surveillance d'un médecin » (Erlenmeyer). Cette mesure n'est pas toujours nécessaire, dans les cas de cocaïnisme léger, en particulier dans le cocaïnisme d'origine nasale.

Le traitement est des plus simples et consiste dans la suppression radicale de la cocaïne. La suppression brusque du médicament ne paraît pas occasionner de troubles graves chez ceux qui présentent la cocaïne. Si l'on veut, chez ces malades, rendre moins pénible cette suppression, on pourra, comme l'a fait M. Lœwenberg, remplacer peu à peu la cocaïne par le menthol, dont les effets décongestifs sur la pituitaire se rapprochent de ceux de la cocaïne.

D'après Erlenmeyer, chez les cocaïnomanes par injection, le sevrage peut toujours se faire en un seul coup, quand la dose ne dépasse pas 1 gramme ; quand on a affaire à des doses plus élevées, il faut aller plus lentement. Chez les cocaïnomanes purs, on donne une forte potion d'alcool, ou bien un peu de morphine à l'intérieur. Chez les morphino-cocaïnomanes, pendant qu'on leur supprime peu à peu la cocaïne, on leur laisse leur dose de morphine immuable.

Sollier, chez tous les cocaïnomanes qu'il a traités, a observé qu'on peut supprimer d'emblée, du jour au lendemain la cocaïne sans déterminer d'accident. « La cocaïne, dit-il, n'agit pas du tout à la façon de la morphine ou des dérivés de l'opium. Elle se comporte comme l'alcool ou les essences et détermine des troubles analogues qui cessent très rapidement, dès qu'on en suspend l'usage ».

CONCLUSIONS

I. — Il existe deux variétés de cocaïnomanie : la cocaïnomanie par voie nasale, et la cocaïnomanie par injections sous-cutanées.

II. La première est le plus souvent d'origine thérapeutique : si donc l'emploi de la cocaïne entre les mains du rhinologiste peut être considéré comme extrêmement utile et comme inoffensif, à part les cas très rares d'idiosyncrasie, il faut s'abstenir de confier aux malades des poudres ou des solutions pour le nez additionnées de cet alcaloïde. L'action de la cocaïne, en effet, très fugitive et toute palliative d'ailleurs, s'émousse à la longue et ne soulage aucune affection d'une façon définitive. L'accoutumance provoquant l'accroissement des doses, l'usage intra-nasal de cette substance peut entraîner les troubles nerveux les plus graves et même la véritable cocaïnomanie chronique.

III. — La deuxième variété n'est, le plus souvent qu'une complication de la morphinomanie, soit sous les mêmes influences qui ont déterminé l'intoxication fondamentale, soit sous celle d'une direction thérapeutique vicieuse. C'est à cette variété surtout qu'appartient le délire cocaïnique systématisé. Ce délire cocaïnique participe des caractères généraux des folies par intoxication. Il présente, cependant, un certain nombre d'attributs qui lui appartiennent en propre et permettent de le distinguer :

A. — C'est un délire essentiellement hallucinatoire.

Le trouble des idées n'est jamais primitif ; il se greffe constamment sur les troubles sensoriels (illusions et hallucinations).

B. — Tous les sens peuvent être affectés, mais ils le sont d'une manière inégale. Les troubles de la sensibilité générale accusent une prédominance marquée. Après eux, les hallucinations de la vue, également très actives, paraissent l'emporter en degré et en fréquence sur les hallucinations de l'ouïe, et celles-ci à leur tour, sur les hallucinations de l'odorat et du goût.

C. — Les phénomènes délirants s'accompagnent de désordres : 1^o De la sensibilité périphérique (analgésies totales ou partielles, troubles inhibitoires de la vision, de l'audition, etc.) ; 2^o De la motricité (hyperexcitabilité musculaire, convulsions, attaques épileptiformes). Ces derniers accidents rapproche-

raient particulièrement le cocaïnisme de l'alcoolisme absinthique.

IV. — Il n'est pas douteux que les cocaïnomanes soient irresponsables des délits qu'ils commettent sous l'influence de leur délire, assimilables sous ce rapport aux alcooliques persécutés ou délirants.

V. L'internement et l'isolement s'imposent dans la plupart des cas pour mener à bien le sevrage des cocaïnomanes.

Le Président de la Thèse,

LACASSAGNE

Vu :

Le Doyen,

L. HUGOUNENQ.

VUE ET PERMIS D'IMPRIMER :

à Lyon, le 21 novembre 1908.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,

P. JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

- ARLOING. — *Société des Sciences Médicales de Lyon*, 18 déc. 1884.
- BIANCHI ET GIORGEVI. — Action de la cocaïne sur le cerveau, *La Reforma medica*, 3 nov. 1887.
- BALL. — *Annales de psychiatrie et d'hypnologie*, Paris 1891.
- BIGNON. — *Bull. général de Thérapeutique*, Paris 1886.
- BILLARD et DIONIS DU SÉJOUR. — Intoxication par la cocaïne, *Centre méd. et pharm.*, Commentry 1902.
- BILLINGS. — *Med. Rec. New-York*, 1899, p. 173.
- BOODY. — *Nat. Hosp. et San. Rec. Detroit*, 1897-98.
- BOUR. — Empoisonnements aigus par la cocaïne, Thèse Paris 1901.
- BUCCELLI. — Cocaïnismo e delirio cocaïnismo, *Riv. sperim. di freniat. Reggio Emilia*, 1894.
- BULL. — *Hosp. Gaz London*, 1890, p. 655.
- BELMONDO. — Modifications de l'excitabilité corticale déterminées par la cocaïne, *La Sperimentale*, 1891, XLIV.
- CHAMBARD. — Les Morphinomanes.
- CROTHERS. — *Med. Detroit*, 1896, p. 290-302.
- CROTHERS. — *Philadelphie Med. Journal*, 1898, p. 1002-1004.

- CROTHERS. — Cocainism Alkaloid Clinic., Chicago 1901.
- DASTRE. — Revue des Sc. médicales, 1902,
- DÉJERINE. — Comptes rendus Société Biologie, Paris 1887,
P. 772-774.
- DAUDOIS. — Les dangers de la cocaïne et l'anesthésie dentaire,
Revue médic. Louvain, 1890, p. 292-301.
- DELBOSC. — De la cocaïne et de ses accidents, Th. Paris
1888.
- DOUGLAS. — *Med. News, New-York*, 1904, LXXXV, p. 115.
- ERLENMEYER. — Ueber Cocaïnsucht. *Centralblatt für Psy-
chiatry*, 1886.
- ERLENMEYER. — Die Morphinasucht und ihre Behandlung,
1889.
- FINKELNBURG. — Vereinbeilage Deutschen Med. Woch., 1895.
- FORGUE et RECLUS. — Traité de thérapeutique chirurgicale.
- FR. FRANK. — Action paralysante de la cocaïne sur les nerfs
et les centres nerveux, *Arch. de Physiologie*, 1892, p. 562.
- FRENCH. — *Am. Therapist*, New-York, 1896-97, p. 257-260.
- GASTOU. — *Nouvelle Iconographie*, 1896, p. 155-158.
- GARCIN. — *New-York Med. Journal*, 1890.
- HAMMOND. — *New-York Med. Journal*, 1886.
- HALLOPEAU. — Sur une forme prolongée de cocaïnisme aigu,
Semaine Médicale, 2 mai 1899.
- HÄGEL. — *Berliner Klinik. Woch.*, 29 octobre 1888.
- HUNTER. — The evils of cocaïne, *Med. Age Detroit*, 1906,
p. 331-338.
- HUGOUNENQ. — Toxicologie, p. 435.
- KREBS (Eugen). — Ein Fall von reinem Cocaïnismus, M.
Liedtke, 1892, Königsberg.
- JOHNSON. — Cocainism, N.-Y. *Med. Reporter Rochester*,
1894.
- JOUSSET. — *Art Médical*, Paris 1900, XC, 31-38. Pathogé-
nésie de la cocaïne.
- LABORDE. — Société de Biologie. Comptes rendus 1884.
- LAFFONT. — Société de Biologie. Comptes rendus 1884.
- LANGLOIS et RICHT. — Société de Biologie, 4 juin 1888.

- LÉPINE. — *Semaine Médicale*, 1889, p. 179.
- LACASSAGNE. — Précis de Médecine légale.
- LACASSAGNE. — *Arch. d'Anthropologie criminelle*, 15 janvier 1905. — Rapport sur un cas d'empoisonnement par la cocaïne.
- LETT. — *Canada Lancet*, 1898, XXI, p. 829-832.
- LEMAIRE. — Du cocaïnisme aigu et chronique par la muqueuse nasale. Th. Bordeaux 1903.
- LÉQUYER. — *Gaz. Médic. de Nantes*, 1905, p. 206-211.
- LEGG. — *British Med. Journal*, London, 1890, p. 732.
- LEWIN. — Toxicologie.
- LÆWENBERG. — *Bulletin Médical*, 1895.
- LUFF (A. L.). — The cocaine habit, *Lancet* London, 1889.
- MATTISON. — *Lancet* London, 1887.
- MATTISON. — Cocaïnism. *Med. Record*, New-York, 1892.
P. 474-477.
- MARTIN. — The cocaine habit., *Med. Times*, New-York, 1902, XXX, p. 8-10.
- MAUREL. — Cocaïne : ses propriétés toxiques et thérapeutiques. Toulouse, 1895.
- MAGNAN. — Société de Biologie, 26 janvier 1889.
- MARFAN. — *Revue des maladies de l'Enfance*, 1901.
- MILLS (Ch. K.). — Morphinomanie, cocaïnomanie et narcomanie en général, avec quelques-unes de leurs conséquences, *International Clinics*.
- MORSELLI ENRICO. — *Riforma Medica*, 1896, p. 554-556.
- MORTIMER. — Histoire de la coca, plante divine des Incas. — New-York.
- Mosso (U.). — Action physiologique de la cocaïne, *Arch. für exper. Path. und Pharm.*, XXIII, p. 153.
- NORMAN. — A note of cocaïnism. *Journ. menta. Sc.*, London, 1892.
- OGIER. — Toxicologie.
- ODONTOLOGIE. — Paris, 1890, p. 356-58. Une mort chez un dentiste à la suite d'injection de cocaïne.

- RECLUS. — *Semaine Médicale*, 1893. — Anesthésie localisée par la cocaïne.
- RICCI. — *Deutsch. Med. Woch.*, 1887.
- RING FRANCK. — *Médic. Record*, 1887.
- SAURY. — *Annales Medico-Psychologiques*, 1889, p. 257.
- SAMUEL. — Ueber Morphinismus und Cocaïnismus, Berlin, 1889. Dohrin, 73 p.
- SCHEPPEGRELL. — *Med. News*, New-York, 1898, p. 417-422.
- SMITH PERCY. — Un cas de cocaïnisme, *Journal of mental Science*, 1891.
- SOLLIER. — *Bull. et Mém. Société Médicale des Hôp. de Paris*, 1894, p. 408-414.
- SOLLIER. — *Progrès Médical*, 1899.
- SONTZO (Al.) — Cocaïnisme chronique et troubles psychiques dans une famille adonnée au cocaïnisme, *Rivista di patologia nervosa e mentale*, 1902.
- TOPORKOFF. — *Journal nevropath. i psychiatrie*. Korsakoff, 1904, p. 816-840.
- WAUGH. — *Quart. Journ. Inebr. Harford.*, 1898, p. 192-197.
- VON KRAFT EBING. — *Wiener Med. Blatt.*, 1889.
- ZANGER. — *British Medic. Journ.*, 1896, p. 123.
- ZENNER. — Cocaïne habit., *Lancet Clinic*, Cincinnati, 1890.
-

